

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

1- Número do CNES* <b>8734585</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>Clínica Primeira Instância</b>				
3- Nome completo do Paciente* <b>Clarice Lispector</b>		5- Peso do paciente* <b>80kg</b> kg				
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>Páscoa Lispector</b>		6- Altura do paciente* <b>160</b> cm				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	áciddddo 240mg	91	92	93
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* <b>E78.0</b>		10- Diagnóstico <b>Esquizofrenia indiferenciada paranóide</b>				
11- Anamnese* <b>Dor crônica intratável</b>						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input type="checkbox"/> NÃO						
13- Atestado de capacidade*						
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <div style="text-align: right;"><b>Pintassilgo Dumont Lispector</b> Nome do responsável</div>						
14- Nome do médico solicitante* <b>Lucas Amorim Vieira de Barros</b>		17- Assinatura e carimbo do médico*				
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <b>980016293604585</b>		16- Data da solicitação* <b>13/05/19</b>				

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\*: ☐ Paciente    ☒ Mãe do paciente    ☐ Responsável (descrito no item 13)    ☐ Médico solicitante  
☐ Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*		20- Telefone(s) para contato do paciente	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input checked="" type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Sem informação			
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <b>20384092309</b>			
22- Correio eletrônico do paciente			

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Clarice Lispector

**Endereço:** Rua Gávea Estrelada 1001

áciddddo 240mg

Tomar 1cp 4/4 horas com leite.

91

13/05/19

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	Órgão Emissor:
Identidade:	
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

Clinica Primeira Instância

Rua dos Alopados Estuprados, 343

011 98393-93839 Caranguatatuba

09873-030 Afundalância

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Clarice Lispector

**Endereço:** Rua Gávea Estrelada 1001

áciddddo 240mg

Tomar 1cp 4/4 horas com leite.

91

13/05/19

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	Órgão Emissor:
Identidade:	
Endereço:	UF:
Cidade:	
Telefone:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

Clinica Primeira Instância

Rua dos Alopados Estuprados, 343

011 98393-93839 Caranguatatuba

09873-030 Afundalância

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Clarice Lispector

**Endereço:** Rua Gávea Estrelada 1001

ácidddddo 240mg

X

92

13/06/19

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	
	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

**Clinica Primeira Instância**

Rua dos Aloprados Estuprados, 343

011 98393-93839 Caranguatatuba

09873-030 Atundalância

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Clarice Lispector

**Endereço:** Rua Gávea Estrelada 1001

ácidddddo 240mg

X

92

13/06/19

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	
	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

**Clinica Primeira Instância**

Rua dos Aloprados Estuprados, 343

011 98393-93839 Caranguatatuba

09873-030 Atundalância

**Receita de Controle Especial**  
*1ª Via – Retenção da Farmácia*

**Nome:** Clarice Lispector

**Endereço:** Rua Gávea Estrelada 1001

ácidddddo 240mg

y

93

13/07/10

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	
	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

Clinica Primeira Instância

Rua dos Alopados Estuprados, 343

011 98393-93839 Caranguatatuba

09873-030 Afundalância

**Receita de Controle Especial**  
*2ª Via – Orientação do paciente*

**Nome:** Clarice Lispector

**Endereço:** Rua Gávea Estrelada 1001

ácidddddo 240mg

y

93

13/07/10

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	
	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>

Clinica Primeira Instância

Rua dos Alopados Estuprados, 343

011 98393-93839 Caranguatatuba

09873-030 Afundalância

## *Solicitação de exames*

Nome do paciente: Clarice Lispector

['TGO', 'TGP', 'CPK', 'TSH', 'Colesterol total e frações (HDL e LDL)',  
'Triglicerídeos', 'Beta-HCG']

13/05/19

Clínica Primeira Instância

Rua dos Alopados Estuprados, 343

011 98393-93839      Caranguatatuba

09873-030      Afundalância