



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

## 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* asdf		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante asdf		
3- Nome completo do Paciente* 987		5-Peso do paciente* 79 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* 980		6-Altura do paciente* 9807 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	79	908	908	908
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* 70		10- Diagnóstico 987		
11- Anamnese* 907				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar:				
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento				
Nome do responsável				
14- Nome do médico solicitante* asdfsdf		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* asdf		16- Data da solicitação* 20/10/2019		

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"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <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 _____		
22- Correio eletrônico do paciente		

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

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

**Nome:** 987  
**Endereço:** 087

987  
79  
9087

908

20/10/2019

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

asdf  
asdf, asdf  
asdf  
sdf

asdf  
asdf

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

**Nome:** 987  
**Endereço:** 087

987  
79  
9087

908

20/10/2019

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

asdf  
asdf, asdf  
asdf  
sdf

asdf  
asdf

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

**Nome:** 987  
**Endereço:** 087

987  
79  
9087

908

19/11/2019

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

asdf  
asdf, asdf  
asdf  
sdf

asdf  
asdf

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

**Nome:** 987  
**Endereço:** 087

987  
79  
9087

908

19/11/2019

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

asdf  
asdf, asdf  
asdf  
sdf

asdf  
asdf

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

**Nome:** 987  
**Endereço:** 087

987  
79  
9087

908

19/12/2019

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

asdf  
asdf, asdf  
asdf  
sdf

asdf  
asdf

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

**Nome:** 987  
**Endereço:** 087

987  
79  
9087

908

19/12/2019

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

asdf, asdf  
asdf  
sdf

asdf  
asdf