



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*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante		
13564984		489896		
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente*		
645456456456		456 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente*		6- Altura do paciente*		
456		456 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	489	489	489	489
2				
3				
4				
5				
9- CID-10*		10- Diagnóstico		
4489		489		
11- Anamnese*				
489				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
456456				
<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				
456				
Nome do responsável				
14- Nome do médico solicitante*		17- Assinatura e carimbo do médico*		
Lucas				
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*		16- Data da solicitação*		
234234234		1990-10-10		
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante				
<input type="checkbox"/> 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				
741258639				
22- Correio eletrônico do paciente				

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

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

**Nome:** 645456456456

**Endereço:**

489  
645456

489

1990-10-10

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

489896

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

**Nome:** 645456456456

**Endereço:**

489  
645456

489

1990-10-10

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

489896

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

**Nome:** 645456456456

**Endereço:**

489489

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

489896

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

**Nome:** 645456456456

**Endereço:**

489489

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

489896

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

**Nome:** 645456456456

**Endereço:**

489489

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

489896

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

**Nome:** 645456456456

**Endereço:**

489489

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

489896