

## 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>87</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>9087</b>	
3- Nome completo do Paciente* <b>980</b>		5- Peso do paciente* <b>9087</b> kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>87</b>		6- Altura do paciente* <b>79</b> cm	

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	<b>87</b>	<b>0987</b>	<b>987</b>	<b>90</b>
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* <b>0987</b>	10- Diagnóstico <b>098</b>
---------------------------	-------------------------------

11- Anamnese\*  
**79**

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*  
☒ SIM. Relatar:  
☐ 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?

☐ NÃO    ☒ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

**98**  
Nome do responsável

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>30/12/2019</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* <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		20- Telefone(s) para contato do paciente _____ _____
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <b>1234243</b>		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22- Correio eletrônico do paciente _____		

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

**Nome:** 980  
**Endereço:**

87 0987  
879

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

9087

30/12/2019

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

**Nome:** 980  
**Endereço:**

87 0987  
879

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

9087

30/12/2019

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

**Nome:** 980  
**Endereço:**  
87 987

29/01/2020

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

9087

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

**Nome:** 980  
**Endereço:**  
87 987

29/01/2020

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

9087

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

**Nome:** 980  
**Endereço:**

87 90

28/02/2020

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

9087

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

**Nome:** 980  
**Endereço:**

87 90

28/02/2020

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

9087