

### COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE  1 Número do CNES* 2. Nome do estabelecimento de saúde solicitante 682396 Agua Santa Heleníssima  5 - Nome completo do Paciente Com Clínica 5 - Seso do paciente 4 solicitante 456  4 - Nome da Mão do Paciente 5 - Seso do paciente 4 solicitante 456  7 - Medicamento(s)* 1 - mão 2º mão 3º mão 1 56 - Securidado paciente 455 - Securidado paciente 5 - Securidado paciente 6 - Securidad	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S	<b>S</b> )		
Section   Sect	CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO	SOLICITANTE		
Primeiro paciente com clínica  - Nome da Mãe do Paciente* - Asilura do paciente* - Medicamento(s)*  - Medicamento(s)*  - Medicamento(s)*  - Quantidade solicitada* - 1º mês   2º mês   3º mês   - 1º 56   465   4   5646   - 2   3   4   5   5646   - 3   4   5   5646   - 5   5   5   5   - 5   5   5   5   - 5   5   5   5   - 5   5   5   5   - 5   5   5   - 5   5   5   - 5   5   5   - 5   5   5   - 5   5   5   - 5   5   5   - 5   5   5   - 5   5   5   - 5   5   5   - 5   5   5   - 5   5   5   - 5   5   5   - 5   5   5   - 5   5   - 5   5   5   - 5	682396 Agua Santa Heleníssima			
4. Nome da Mãe do Paciente*  4. As Medicamento(s)*  7. Medicamento(s)*  1 56  7. Medicamento(s)*  1 56  4. 45  4. 5646  2 3  3 4  4. 5646  4. 5646  4. 5646  5. CID-10*  10- Diagnóstico  985  654  654  654  655  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 altigas 3º e a do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os altigas 3º e a do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os altigas 3º e a do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os altigas 3º e a do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os altigas 3º e a do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os altigas 3º e a do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os altigas 3º e a do Código Civil. O paciente é considerado incapaz de acordo com os altigas 3º e a do Código Civil. O paciente e considerado incapaz de acordo com os altigas 3º e a do Código Civil. O paciente e considerado incapaz de acordo com os altigas 3º e a do Código Civil. O paciente e considerado incapaz de acordo com os altigas 3º e a do Código Civil. O paciente e considerado incapaz de acordo com os altigas 3º e a do Código Civil. O paciente e considerado incapaz 2º incapaz 3º e a considerado incapaz 2º incapaz 3º e a considerado incapaz 2º incapaz 3º e a considerado incapaz 3º e a c				
3.				
Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*    1   56				$\overline{}$
1   56	(100	. 000		cm
2 3 4 5 9. CID-10* 10- Diagnóstico  g85 654  13- Aramnese*  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 deverá ser realizada pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento  13- Nome do médico solicitante*  14- Nome do médico solicitante*  11- Nome do médico solicitante do ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante Doutro, informar nome:  15- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante Doutro, informar nome:  15- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  16- Pertea Indigena. Informar Etnia:  17- Assinatura do responsável pelo preenchimente*  20- Telefone(s) para contato do paciente  21- Número do documento do paciente	7- Medicamento(s)*		1	, ,
3 4 4 5 5	1 56	465	4	5646
4 5 5 10-10* 10- Diagnóstico 985 654  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  14- Nome do médico solicitante*  14- Nome do médico solicitante*  15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  980016293604585  16- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no Item 13) Médico solicitante  Outro, informar nome: e CPF    Branca Amarela   Preta   Indigena. Informado pelo paciente ou responsável*   20- Telefone(s) para contato do paciente   Pereta   Indigena. Informar Etnia:   Parda   Sem informação   Sem informaç	2			
s CID-10* 10- Diagnóstico	3			
9. CID-10* 10. Diagnóstico  g85   654    11. Anamnese*  (654    11. Anamnese*  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 3° 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    14. Nome do médico solicitante*  14. Nome do médico solicitante*  15. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  16. Data da solicitação*  17. Assinatura e carímbo do médico*  18. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  18. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  19. Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente □ Mãe do paciente □ Responsável (descrito no item 13) □ Médico solicitante □ Outro, informar nome: □ e CPF  □ Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  □ Parda □ Indigena. Informa Etnia: □ Parda □ Sem informação  21. Número do documento do paciente □ Saciente □	4			
9. CID-10* 10. Diagnóstico  g85   654    11. Anamnese*  (654    11. Anamnese*  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 3° 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    14. Nome do médico solicitante*  14. Nome do médico solicitante*  15. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  16. Data da solicitação*  17. Assinatura e carímbo do médico*  18. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  18. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  19. Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente □ Mãe do paciente □ Responsável (descrito no item 13) □ Médico solicitante □ Outro, informar nome: □ e CPF  □ Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  □ Parda □ Indigena. Informa Etnia: □ Parda □ Sem informação  21. Número do documento do paciente □ Saciente □	5			
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  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?  NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento  14 Nome do médico solicitante*  12- Assinatura e carimbo do médico*  15- Número do Carião Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  10/10/2200  15- Número do Carião Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  10/10/2200  15- Assinatura e carimbo do médico solicitante  16- Data da solicitação*  10/10/2200  16- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mão do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante  19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  20- Telefone(s) para contato do paciente  19- Parda Indigena. Informar Etnia:  10- Parda Sem informação  21- Número do documento do paciente				
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  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?  NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento  14 Nome do médico solicitante*  14 Nome do médico solicitante*  15- Data da solicitação*  980016293604585  10/10/2200  18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mão do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante  Outro, informar nome:  9- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  19- Raça Indigena. Informar Etnia:  19- Pareta Indigena. Informar Etnia:  19- Pareta Sem informação  20- Telefone(s) para contato do paciente  20- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	1 4 4 1 1			
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  14 Nome do médico solicitante* □ Lucas A V Barros  15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* □ 10- Data da solicitação* □ 10/10/2200  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* □ Parca □ Indigena. Informar Etnia: □ Parca □ Sem informação  21- Número do documento do paciente □ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	11- Anamnese*			==
SIM. Relatar:   NÃO	654			
SIM. Relatar:   NÃO				
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 Cívil. O paciente é considerado incapaz?  NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento  Nome do responsável  14 Nome do médico solicitante*  17- Assinatura e carimbo do médico*  18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: □Paciente □Mãe do paciente □Responsável (descrito no item 13) □Médico solicitante □Outro, informar nome: □ e CPF  □Branca □Amarela □Preta □Indígena. Informar Etnia: □Parda □Sem informação  21- Número do documento do paciente □Casponsável pelo preenchimento*  10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-10-1	12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*			=
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  14- Nome do médico solicitante*  17- Assinatura e carimbo do médico*  18- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  980016293604585  18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: □Paciente □Mãe do paciente □Responsável (descrito no item 13) □Médico solicitante □Outro, informar nome: □ e CPF  □Branca □Amarela □Preta □Indígena. Informar Etnia: □ □Parda □Sem informação  21- Número do documento do paciente  13- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	⊠SIM. Relatar:			
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  14- Nome do médico solicitante*  17- Assinatura e carimbo do médico*  18- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  980016293604585  18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: □Paciente □Mãe do paciente □Responsável (descrito no item 13) □Médico solicitante □Outro, informar nome: □ e CPF  □Branca □Amarela □Preta □Indígena. Informar Etnia: □ □Parda □Sem informação  21- Número do documento do paciente  13- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	Пnão			
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  14 Nome do médico solicitante*  Lucas A V Barros  15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  980016293604585  16- Data da solicitação* 10/10/2200  18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante  Outro, informar nome:  9 Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  20- Telefone(s) para contato do paciente  Preta Indígena. Informar Etnia:  Parda Sem informação  21- Número do documento do paciente				
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   S6				
NÃO			e da presença fí	sica do
poderá realizar a solicitação do medicamento  Nome do responsável  14 Nome do médico solicitante*  LUCAS A V Barros  15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*  980016293604585  18-CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante  Outro, informar nome:  19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  19- Raça/Cor/Etnia informar Etnia:  Parda Sem informação  21- Número do documento do paciente  23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	`_	·		
14 Nome do médico solicitante*   17- Assinatura e carimbo do médico*			င်္ခပည	
Lucas A V Barros  15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585  18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante Outro, informar nome:  19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  20- Telefone(s) para contato do paciente Preta Indígena. Informar Etnia: Parda Sem informação  21- Número do documento do paciente				módico*
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585  10/10/2200  18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante Outro, informar nome:  19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  20- Telefone(s) para contato do paciente Preta Indígena. Informar Etnia: Parda Sem informação  21- Número do documento do paciente		/ 17- Assiriatur	a e cannibo do	THEGICO )
980016293604585  10/10/2200  18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante © CPF  19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  19- Preta Indígena. Informar Etnia:  19- Parda Sem informação  21- Número do documento do paciente				
Outro, informar nome:	II II			J
Outro, informar nome:			Пист	
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*    Branca	l <u>-</u>	avel (descrito no ite	m 13) LIMedio	co solicitante
Branca Amarela Preta Indígena. Informar Etnia: Parda Sem informação  21- Número do documento do paciente  23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*				
Preta Indígena. Informar Etnia: Parda Sem informação  21- Número do documento do paciente  23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*		eo- Telefone(s) par	ra contato do pa	aciente —
21- Número do documento do paciente				
10=004	Parda Sem informação			
	10=004	3- Assinatura do res	ponsável pelo pre	enchimento*
CPF ou CNS 465664				
22- Conteio dietronico do paciente	22- Contaio eletroriico do paciente			

<sup>\*</sup> CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

# Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Nome: Primeiro paciente com clínica

Endereço:

56 54 465

10/10/2200

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	Nome: Iden

Agua Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

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

Nome: Primeiro paciente com clínica

Endereço:

56 54

465

10/10/2200

e.	Endereço: Cidade: UF:	ldentidade: Órgão Emissor:	Nome:	ldentificação do Comprador
Assinatura do Farmacêutico				ldentificação do Fornecedor

Agua Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

# Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Nome: Primeiro paciente com clínica

56

Endereço:

09/11/2200

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

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

Nome: Primeiro paciente com clínica

Endereço:

56

4

4

09/11/2200

Telefone:	Endereço: Cidade:	Nome: Identidade:	,
	UF:	Órgão Emissor:	Identificação do Comprador
Assinatura do Farmacêutico			Identificação do Fornecedor

Agua Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

Jardim Três Marias

06709-135

# Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Primeiro paciente com clínica

Endereço:

56 5646

56

Endereço:

09/12/2200

Assistant do Engração Fico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	Identificação do Comprador	

Agua Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

Nome: Primeiro paciente com clínica

5646

09/12/2200

Telefone:	Endereço: Cidade:	Nome: Identidade:	
	UF:	Órgão Emissor:	Identificação do Comprador
Assinatura do Farmacêutico			Identificação do Fornecedor

Agua Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

Jardim Três Marias

06709-135