

**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*<br><b>6666666</b>   |  | 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante<br><b>Satanista Assistência Médica</b> |        |        |     |
| 3- Nome completo do Paciente*<br><b>56</b>   |  | 5- Peso do paciente*<br><b>456</b> kg  |        |        |     |
| 4- Nome da Mãe do Paciente*<br><b>456</b>  |  | 6- Altura do paciente*<br><b>465</b> cm  |        |        |     |
| 7- Medicamento(s)*   |  | 8- Quantidade solicitada*  |        |        |     |
|  |  | 1º mês   | 2º mês | 3º mês |     |
|  |  | 1  | 564    | 654    | 564 |
|  |  | 2  |        |        |     |
|  |  | 3  |        |        |     |
|  |  | 4  |        |        |     |
| 9- CID-10*<br><b>456</b>   |  | 10- Diagnóstico<br><b>465</b>  |        |        |     |
| 11- Anamnese*<br><b>4</b>  |  |  |        |        |     |
| 12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*  |  |  |        |        |     |
| <input type="checkbox"/> SIM. Relatar:<br><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?<br><input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____<br><div style="text-align: right;">Nome do responsável</div> |  |  |        |        |     |
| 14- Nome do médico solicitante*<br><b>Jai</b>  |  | 17- Assinatura e carimbo do médico*  |        |        |     |
| 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*<br><b>980016547896545</b>  |  | 16- Data da solicitação*<br><b>30/10/2019</b>  |        |        |     |
| 18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante<br><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 checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela<br><input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____<br><input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação   |  |  |        |        |     |
| 21- Número do documento do paciente<br><input checked="" type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <b>6354</b>   |  | 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*                                      |        |        |     |
| 22- Correio eletrônico do paciente   |  |  |        |        |     |

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

Nome: 56

Endereço: 4

564

56

564

30/10/2019

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 333  
6666 6666 Cotia  
06706135 Jd. Três Marias

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

Nome: 56

Endereço: 4

564

56

564

30/10/2019

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 333  
6666 6666 Cotia  
06706135 Jd. Três Marias

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

**Nome:** 56  
**Endereço:** 4  
  
564

654

29/11/2019

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 333  
6666 6666 Cotia  
06706135 Jd. Três Marias

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

**Nome:** 56  
**Endereço:** 4  
  
564

654

29/11/2019

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 333  
6666 6666 Cotia  
06706135 Jd. Três Marias

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

**Nome:** 56  
**Endereço:** 4  
  
564

564

29/12/2019

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 333  
6666 6666 Cotia  
06706135 Jd. Três Marias

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

**Nome:** 56  
**Endereço:** 4  
  
564

564

29/12/2019

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

Rua João de Azevedo Marques, 333  
6666 6666 Cotia  
06706135 Jd. Três Marias