



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* 6823421		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus		
3- Nome completo do Paciente* lçkj		5- Peso do paciente* 12 kg		6- Altura do paciente* 13 cm
4- Nome da Mãe do Paciente* ilk				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	000000	lkçj	lkçj	lkçj
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* çlkj		10- Diagnóstico lçkj		
11- Anamnese* çlkj				
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* Jair Messias Bolsonaro		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585		16- Data da solicitação* 30/10/1986		

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: lkj
Endereço: lkj

lkj
000000
lkj

lkj

30/10/1986

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua do Orquidário Maligno, 134
555474564
067087456

Cotia
Granja do bambu

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: lkj
Endereço: lkj

lkj
000000
lkj

lkj

30/10/1986

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua do Orquidário Maligno, 134
555474564
067087456

Cotia
Granja do bambu

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: lkj
Endereço: lkj

lkj
000000
lkj

lkj

29/11/1986

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua do Orquidário Maligno, 134
555474564 Cotia
067087456 Granja do bambu

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: lkj
Endereço: lkj

lkj
000000
lkj

lkj

29/11/1986

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua do Orquidário Maligno, 134
555474564 Cotia
067087456 Granja do bambu

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: lkj
Endereço: lkj

lkj
000000
lkj

lkj

29/12/1986

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangelica de Deus
Rua do Orquidário Maligno, 134
555474564 Cotia
067087456 Granja do bambu

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: lkj
Endereço: lkj

lkj
000000
lkj

lkj

29/12/1986

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

Rua do Orquidário Maligno, 134
555474564 Cotia
067087456 Granja do bambu