

**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>682396</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>Água Santa Heleníssima</b>		
3- Nome completo do Paciente* <b>5456</b>		5- Peso do paciente* <b>465</b> kg		6- Altura do paciente* <b>654</b> cm
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>56</b>				

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	54	654	564	654
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* <b>F20</b>	10- Diagnóstico <b>465</b>
--------------------------	-------------------------------

11- Anamnese\*  
**46**

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*  
☒ SIM. Relatar: **456**  
☐ 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

**54**  
Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* <b>Lucas A V 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>30/10/2019</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>33377415841</b>	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
--	---

22- Correio eletrônico do paciente

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

**Nome:** 5456  
**Endereço:**  
54  
56 654

30/10/2019

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

Água Santa Heleníssima  
Rua das Araucárias  
5511992212707  
06709-135  
São Bernardo do Campo  
Jardim Três Marias

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

**Nome:** 5456  
**Endereço:**  
54  
56 654

30/10/2019

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

Água Santa Heleníssima  
Rua das Araucárias  
5511992212707  
06709-135  
São Bernardo do Campo  
Jardim Três Marias

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

**Nome:** 5456  
**Endereço:**

54 564

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

29/11/2019

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:** 5456  
**Endereço:**

54 564

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

29/11/2019

Água 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:** 5456  
**Endereço:**  
  
54 654

29/12/2019

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

Água Santa Heleníssima  
Rua das Araucárias  
5511992212707  
06709-135  
São Bernardo do Campo  
Jardim Três Marias

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

**Nome:** 5456  
**Endereço:**  
  
54 654

29/12/2019

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

Água Santa Heleníssima  
Rua das Araucárias  
5511992212707  
06709-135  
São Bernardo do Campo  
Jardim Três Marias