



Sistema
Único
de Saúde

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

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

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES *		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante		
6044441		Clínica Artur		
3- Nome completo do Paciente *		5- Peso do Paciente *		
ROGINA OLIVEIRA VIEIRA				
4- Nome da mãe do Paciente *		6- Altura do Paciente *		
FLORESTINA OLIVEIRA VIEIRA				
7- Medicamento(s) *		8- Quantidade solicitada *		
		1º Mês	2º Mês	3º Mês
ETANERCEPTE 50 MG F.A.		04	04 amp	
9- CID-10 *		10- Diagnóstico		Número Sinan
M068		OUTR ARTRITES REUMATOIDES ESPEC		
11- Anamnese *				
Pte com AR grave e poliartricular evoluindo com limitação funcional				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença? *				
☐ SIM. Relatar ☐ NÃO				
for usar MTX, clorquina e leflunomida				
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 paresponsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento				
Nome do responsável				
14- Nome do médico solicitante *				
Alex Hornato				
17- Assinatura e carimbo do médico *				
ALEX HORNATO COELHO RIBEIRO CRM 4103				
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante *				
980096002965149				
16- Data da solicitação *				
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 *				
☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: ☐ Parda ☐ Sem informação				
20- Telefone(s) para contato do paciente				
21- Número do documento do paciente				
☐ CPF ou ☒ CNS 207.4215.7789.0007				
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento *				
22- Correio eletrônico do paciente				
24- Município de residência				
Dourados				

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO