

Relatório Médico

Relato que o paciente ALAN CARLOS DE OLIVEIRA, 43 anos, está em acompanhamento ambulatorial neste Serviço com as seguintes HD pela CID-10: F41.0 + F42, atualmente em uso de Sertralina 50 mg (0 0 3) e Alprazolam 0,25 mg (0 0 1), com boa resposta.

Ao exame psíquico: consciente, sem alterações do pensamento e da sensopercepção, eutimico, orientado, normobulico, pragmatismo preservado.

Deve manter acompanhamento por tempo indeterminado, sem previsão de alta.

São Luis de Montes Belos, 12/12/2022

Juliano Valeriano Rego de Paula

Médico Psiquiatra

CRM GO 16072 / RQE 10367

Endereço Av. Aporé, 528, St central, São Luis de Montes Melos - GO



FOLHA Nº

CONTROLE ESPECIAL RECEITUÁRIO -

1/2

Nome Completo: CISO II - Consórcio Intermunicipal de Saúde da região CNPJ: 19.455.857/001-24

Luis de Montes Melos - GO Endereço Av. Aporé, 528, St central, São oeste II

Telefone: (64) 36012459

ENDEREÇO: NOME: Alan Carlos de Oliveira 1ª VIA FARMÁCIA

Uso oral

PRESCRIÇÃO

	9
	(1) Serenata 50 mg

Juliano Valeriano R de p-hia Juliano Valeriano R de p-hia CRM - GO 16072

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA/ CARIMBO

DATA:

IDENT: Nome: Orgão Emissor

End:

Telefone

idade:

Ę

Data: Ass. e Carimbo Farmacêutico

RECEITUÁRIO -

FOLHA Nº

CONTROLE ESPECIAL

2/2

Telefone: (64) 36012459 Endereço Av. Aporé, 528, St central, São Luis de Montes Melos - GO oeste II Intermunicipal de Saúde da região Nome Completo: CISO II - Consórcio CNPJ: 19.455.857/001-24

2" VIA PACIENTE

ENDEREÇO: NOME: Alan Carlos de Oliveira

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

Ξ
Serenata 50 mg

DATA:

Juliano Valeriano Ri debrita Médico Psiquiatia Médico Psiquiatia CRM - GO 16072 CROE 10397 ASSINATURA/ CARIMBO

IDENTIFICAÇ	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:		
IDENT:	Órgão Emissor	
End:		·
Cidade:	UF_	Ass. e Carimbo Farmacêutico
Telefone		Data: / /



Nome Completo: CISO II - Consórcio Intermunicipal de Saúde da região

CNPJ: 19.455.857/001-24

RECEITUÁRIO – CONTROLE ESPECIAL

FOLHA Nº

1/2

Data	reterone
	Telefone
Ass. e Carimbo Farmacêutico	Cidade: UF
	End:
	IDENT: Órgão Emissor
	Nome:
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
ASSINATURA/ CARIMBO	DATA:
Julian Medico CO 3561	
Valeriano Retra	
Account of the second	
cedo 02 cxs	(1) Serenata 50 mg Tomar 03 comprimidos cedo
	Uso orat:
PRESCRIÇÃO	
	NOME; Alan Carlos de Oliveira
	I" VIA FARMÁCIA
	Telefone: (64) 36012459
	Luis de Montes Melos - GO
	Enderson Av Aporó 508 St control Sa



CNPJ: 19.455.857/001-24

FOLHA Nº

RECEITUÁRIO –
CONTROLE ESPECIAL

2/2

Nome Completo: CISO II – Consórcio
Intermunicipal de Saúde da região
oeste II
Endereço Av. Aporé, 528, St central, São
Luis de Montes Melos - GO
Telefone: (64) 36012459

2º VIA PACIENTE
NOME: Alan Carlos de Oliveira
ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

Juliano Valeriano R de mila
Juliano Valeriano Roquialia
Juliano Valeriano Roquialia
Juliano Valeriano Roquialia
ASSINATURA/ CARIMBO

DATA:



CNPJ: 19.455.857/001-24

RECEITUÁRIO – CONTROLE ESPECIAL

FOLHA Nº

1/2

Data:/	Telefone
Ass. e Carimbo Farmacêutico	Cidade: UF
	End:
	IDENT: Órgão Emissor
	Nome:
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
ASSINATURA/ CARIMBO	DATA:
Juliano Nedico CO 1007	
Taleriano R de la	
02 cxs	(1) Serenata 50 mg Tomar 03 comprimidos cedo
	Uso oral:
PRESCRIÇÃO	
	NOME: Alan Carlos de Oliveira ENDEREÇO:
	Telefone: (64) 36012459
<u>an</u>	Endereço Av. Aporé, 528, St central, São Luis de Montes Melos - GO
	oeste II
	Intermunicipal de Saúde da região
210	Nome Completo: CISO II - Consórcio



FOLHA Nº

2/2

Endereço Av. Aporé, 528, St central, São Luis de Montes Melos - GO oeste II Intermunicipal de Saúde da região Nome Completo: CISO II - Consórcio CNPJ: 19.455.857/001-24 CONTROLE ESPECIAL RECEITUÁRIO -

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

Telefone: (64) 36012459

2º VIA PACIENTE

NOME: Alan Carlos de Oliveira ENDEREÇO:

Serenata 50 mg
2 cxs

	ASS/NATURA/ CARIMBO
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
IDENT: Órgão Emissor	
End:	
Cidade:UF	Ass. e Carimbo Farmacêutico
Telefone	Data:

DATA:

Juliano Valeriano R de Prisla Médico Psiquatra Médico Psiquatra CRM - GOVEO72 CROPADOS



RECEITUÁRIO – CONTROLE ESPECIAL

1/2

FOLHA Nº

IDENT Cidade: Nome: Telefone Endereço Av. Aporé, 528, St central, São Luis de Montes Melos - GO Telefone: (64) 36012459 oeste II IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR DATA: Uso oral: Intermunicipal de Saúde da região Nome Completo: CISO II - Consórcio CNPJ: 19.455.857/001-24 NOME: Alan Carlos de Oliveira ENDEREÇO: 1ª VIA FARMACIA 3 Serenata 50 mg ... Tomar 03 comprimidos cedo Orgão Emissor F PRESCRIÇÃO IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Data: Ass. e Carimbo Farmacêutico ASSINATURA/ CARIMBO This post of the p . 02 cxs



FOLHA Nº

RECEITUÁRIO – CONTROLE ESPECIAL

2/2

Telefone: (64) 36012459
Luis de Montes Melos - GO
Endereço Av. Aporé, 528, St central, São
oeste II
Intermunicipal de Saúde da região
Nome Completo: CISO II - Consórcio
CNEJ: 19.400.80//001-24

2" VIA PACIENTE

ENDEREÇO: NOME: Alan Carlos de Oliveira

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

	-
Tomar 03 comprimidos cedo	Serenata 50 mg

Juliano Valeriano P de P-vila Médico psigniatra Médico psigniatra CRM 10367

DATA:

ASSINATURA/ CARIMBO

	Cidade:	End:	IDENT: Órgão Emissor	Nome:	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Ass. e Carimbo Farmacêutico					IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	

Data Quantidade e Forma Farmacêutica OI (P Maire Dose por Unidade Posológica CARIMBO DO FORNECEDOR Medicamento ou Substância Y NY 7 ALPRATOLA Posologia Nome do Vendedor J | L. CARTECARIDA LIDA. - Fone: (62) 3942-4116 - Av. T-6 Nº 722 Quadra 16 - Lote 09 - Setor Bueno - Golánia - Golás - CNDJ: 05.499.945/0001-13 / Email: fortegrafica@hotmall.com 2000 Receitas de 05-505871 a 05-507870 - Notificação de Receita B (PSICOTROPICOS) - Série T - Autorização Nº 00047399/2021 em 30/07/2021 0 Av. Cora Coralina, Nº 48, Qd. F16, Lt. 02 - Setor Sul CEP 74,080-445 - Golânia - GO Dr. Juliano Valeriano Rego de Paula CRM: 16072 - Médico Psiquiatra 0 0 IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE CARLO1 Telefone: MIAN IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Olive: AA _Órgão Emissor:_ Paciente: Endereço: GO SWS. To5 No. 507662 NOTIFICAÇÃO DE RECEITA Assinatura e Carimbo A Emitente - UF - RS - NUMERO -Identidade Nº Endereço: Nome: