

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, eutímico, orientado, normobulico, pragmatismo preservado.

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

São Luis de Montes Belos, 12/12/2022

Juliano Valeriano R. de Paula
Médico Psiquiatra
CRM GO 16072
RQE 10367

Juliano Valeriano Rego de Paula

Médico Psiquiatra

CRM GO 16072 / RQE 10367

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

CNPJ: 19.455.857/001-24
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

1ª VIA FARMÁCIA

NOME: Alan Carlos de Oliveira
ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

(1) Serenata 50 mg 02 cxs
Tomar 03 comprimidos cedo

Juliano Valeriano R. de Paula
Médico Psiquiatra
CRM - GO 16072
RQE 10167

DATA: ASSINATURA/ CARIMBO

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

CNPJ: 19.455.857/001-24
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

2ª VIA PACIENTE

NOME: Alan Carlos de Oliveira
ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

(1) Serenata 50 mg 02 cxs
Tomar 03 comprimidos cedo

Juliano Valeriano R. de Paula
Médico Psiquiatra
CRM - GO 16072
RQE 10167

ASSINATURA/ CARIMBO

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

CNPJ: 19.455.857/001-24

Nome Completo: CISO II – Consórcio Intermunicipal de Saúde da região oeste II

Endereço Av. Apore, 528, St central, São Luis de Montes Meios - GO
Telefone: (64) 36012459

1ª VIA FARMÁCIA

NOME: Alan Carlos de Oliveira
ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

(1) Serenata 50 mg 02 cxs
Tomar 03 comprimidos cedo

Juliano Valeriano R de Paula
Médico Psiquiatra
CRM - GO 16072
RQE 10167

DATA:

ASSINATURA/ CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

IDENT: _____ Órgão Emissor _____

End: _____

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

Ass. e Carimbo Farmacêutico

Data: ____ / ____ / ____

CNPJ: 19.455.857/001-24

Nome Completo: CISO II – Consórcio Intermunicipal de Saúde da região oeste II

Endereço Av. Apore, 528, St central, São Luis de Montes Meios - GO
Telefone: (64) 36012459

2ª VIA PACIENTE

NOME: Alan Carlos de Oliveira
ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

(1) Serenata 50 mg 02 cxs
Tomar 03 comprimidos cedo

Juliano Valeriano R de Paula
Médico Psiquiatra
CRM - GO 16072
RQE 10167

DATA:

ASSINATURA/ CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

IDENT: _____ Órgão Emissor _____

End: _____

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

Ass. e Carimbo Farmacêutico

Data: ____ / ____ / ____

CNPJ: 19.455.857/001-24

Nome Completo: CISO II – Consórcio Intermunicipal de Saúde da região oeste II

Endereço Av. Apore, 528, St central, São Luis de Montes Melos - GO
Telefone: (64) 36012459

1ª VIA FARMÁCIA

NOME: Alan Carlos de Oliveira

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

(1) Serenata 50 mg 02 cxs
Tomar 03 comprimidos cedo

Juliano Valeriano R. de Paula
Médico Psiquiatra
CRM - GO 16072
RQE 101657

DATA:

ASSINATURA/ CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

IDENT: _____ Órgão Emissor _____

End: _____

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

Ass. e Carimbo Farmacêutico

Data: ____ / ____ / ____

CNPJ: 19.455.857/001-24

Nome Completo: CISO II – Consórcio Intermunicipal de Saúde da região oeste II

Endereço Av. Apore, 528, St central, São Luis de Montes Melos - GO
Telefone: (64) 36012459

2ª VIA PACIENTE

NOME: Alan Carlos de Oliveira

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

(1) Serenata 50 mg 02 cxs
Tomar 03 comprimidos cedo

Juliano Valeriano R. de Paula
Médico Psiquiatra
CRM - GO 16072
RQE 101657

DATA:

ASSINATURA/ CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

IDENT: _____ Órgão Emissor _____

End: _____

Cidade: _____ UF _____

Telefone: _____

Ass. e Carimbo Farmacêutico

Data: ____ / ____ / ____

CNPJ: 19.455.857/001-24

Nome Completo: CISO II – Consórcio Intermunicipal de Saúde da região oeste II

Endereço Av. Aporé, 528, St central, São Luis de Montes Meios - GO
Telefone: (64) 36012459

1ª VIA FARMÁCIA

NOME: Alan Carlos de Oliveira

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

(1) Serenata 50 mg 02 cxs
Tomar 03 comprimidos cedo

Juliano Valeriano R de P-ula
Médico Psiquiatra
CRM - GO 16072
RQE 10.167

DATA:

ASSINATURA/ CARIMBO

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

CNPJ: 19.455.857/001-24

Nome Completo: CISO II – Consórcio Intermunicipal de Saúde da região oeste II

Endereço Av. Aporé, 528, St central, São Luis de Montes Meios - GO
Telefone: (64) 36012459

2ª VIA PACIENTE

NOME: Alan Carlos de Oliveira

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO

Uso oral:

(1) Serenata 50 mg 02 cxs
Tomar 03 comprimidos cedo

Juliano Valeriano R de P-ula
Médico Psiquiatra
CRM - GO 16072
RQE 10.167

DATA:

ASSINATURA/ CARIMBO

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

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF **RS** NÚMERO **507662**
GO S/S. T^o5 N^o 507662 **B**

de _____ de _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr. Juliano Valeriano Rego de Paula

CRM: 16072 - Médico Psiquiatra

Av. Cora Coralina, Nº 48, Qd. F16, Lt. 02 - Setor Sul
 CEP 74.080-445 - Goiânia - GO

Paciente: **ALAN CARLOS DE OLIVEIRA**

Endereço: _____

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Identidade Nº _____

Órgão Emissor: _____

Telefone: _____

Medicamento ou Substância

ALPRAZOLAM

Quantidade e Forma Farmacêutica

02 121

Dose por Unidade Posológica

0,25g

Posologia

01 CP Noite

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data