

ATESTADO / SOLICITAÇÃO

OU

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

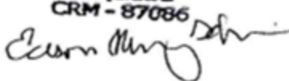
1a via Retenção da Farmácia ou Drograria
2a via Orientação ao Paciente

USO INTERNO

Nome: Jackson Alves de Sousa
Endereço: 7ª Rua Aracai, 4744 - - Porto do centro
64070-750 - - PI

Atesto para os devidos fins que atendo o paciente acima por quadro de CID X F33.1. Apresenta-se sintomático, devendo manter seguimento clínico regular. Tenso, ansioso, inseguro, irritado, com dificuldades cognitivas. Solicito afastamento do trabalho por 15 (quinze) dias.

23-08-23

Dr Edson Henry Takei
Psiquiatra
CRM - 87086


Dr. Edson Henry Takei
CRM SP 87086

**NÃO ATENDEMOS URGÊNCIAS. APENAS CONSULTAS ELETIVA AGENDADAS DENTRO DA
DISPONIBILIDADE DE AGENDA
SIGA A RECOMENDAÇÃO MÉDICA E LEIA AS BULAS DAS MEDICAÇÕES**

EM CASO DE RECEITA CONTROLADA

NOME IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

RG / ÓRGÃO EMISSOR

ENDEREÇO

TELEFONE

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO ____/____/____