



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

SECRETARIA DA SAÚDE  
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  
Cidade: US PARQUE DAS NAÇÕES  
Nome Completo: US PARQUE DAS NAÇÕES  
Endereço Completo: Parque Vinte e Nove de Abril  
Telefone: Parque Parque das Nações  
Cidade: US PARQUE DAS NAÇÕES  
Estado: US PARQUE DAS NAÇÕES

Nome do Farmacêutico: Dr. Maria Campos Cardoso  
Número de Registro: 000-24-1183  
Assinatura do Médico e Farmacêutico: [Signature]  
Data: 24.02.20

Paciente: Jaime F. Santos  
Endereço: Rua Mães, 123 de Orla - Jitanga  
Prescrição: 100 mg  
① Paracetamol 100 mg  
Tomar 100 mg 3 vezes ao dia

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR  
Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO  
DATA





CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTO ANDRÉ**

DATA DE ALCANCEMENTO: 03/02/1995

RS: 434.469,24

Declaro para os fins de transferência de tratamento ambulatorial que o(a) usuário(a) citado(a) acima esteve em tratamento neste Ambulatório no período de 06/06/12 a 23/08/13, apresentando quadro compatível ao CID 10 F 72 - F 84 sendo prescrita a medicação abaixo:

Medicamento	Dose	Posologia	Observações
<i>Metoprolol</i>	<i>5mg</i>	<i>0-0-1</i>	/
<i>Carbamazepina</i>	<i>400mg</i>	<i>0-0-1</i>	
<i>Thiamine</i>	<i>100mg</i>	<i>0-0-1</i>	
<i>Flametalgés</i>	<i>25mg</i>	<i>0-0-1</i>	

Tendo solicitado sua transferência o(a) usuário(a) foi orientado(a) a dar continuidade no serviço de Saúde Mental do Município de Santo André onde assiste há 03 meses.

DATA DO ENCERRAMENTO: 28/02/13

CARIMBO E ASSINATURA

