



PARAUAPÉBAS
PREFEITURA

Prefeitura Municipal de Parauapebas
Secretaria Municipal de Saúde



Receituário Médico

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

A UBS Nova Corajás:

O menor ~~Y. [REDACTED]~~ ~~V. [REDACTED]~~ ~~V. [REDACTED]~~ ~~M. [REDACTED]~~
foi atendido em 27/04/24 para
troca de cordão de gastrostomia.

For alterado o modelo do cordão, para
cordão a nível da pele (tipo boton),
18fr, 1.5mm. Essas medidas podem
variar de acordo com peso e idade
do paciente.

O tempo médio de troca é de
cada 6 meses, porém, pode ser
antecipado ou adiado a depender
do estado de conservação/integridade do
dispositivo.

A Disposição

PROGRAMA MELHOR EM CASA
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

Thais

Data 11/05/24

Assinatura e Carimbo do Médico



PREFEITURA DE
PARAUAPEBAS
Aqui tem força. Aqui tem trabalho

semsa
Secretaria Municipal
de Saúde

Policlínica Municipal de Parauapebas/SEMSA

LAUDO NEUROLÓGICO

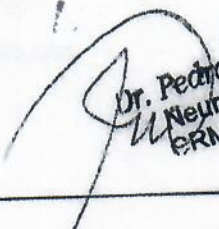
Parauapebas, 11 de março de 2024.

Paciente **P. V. M.**, 10 anos.

Tem indicação de trocar a sonda de gastrostomia padrão por uma tipo "botton", para facilitar seu manejo e evitar lesões de pele.

CID: G 80.8

Atenciosamente,


Dr. Pedro Salustiano
Neurocirurgião
CRM-PA 12207

Dr. Pedro Salustiano
Neurocirurgião
CRM-PA 12207



LAUDO MEDICO

ATESTO PARA DEVIDOS FIM QUE O PACIENTE ALINE F. DE ARAUJO ESTÁ EM TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DESDE DE 26/06/2023 APRESENTANDO SINTOMAS COMPATIVES COM DOENÇA PSIQUIATRICA COM CHORO FRACIL IMQUIETAÇÃO, IRRITABILIDADE, INSONIA, REFERE QUE TEM PENSAMENTOS DE MORTE. FOI PRESCRITO DELLER 100MG / ANSITEC 10 MG 2X / ALPRAZOLAM 2MG. PACIENTE PRECISA MANTER TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO PSIQUIATRICO, NAO APRESENTA COMDICOES PSIQUIATRICAS PARA O TRABALHO EM CAMINHO PARA INSS POR TEMPO INDETERMINADO

CD 10 F 41,2 / F 32

PARAUPEBAS, 10 / 01 / 2024

DRA. CARLA AUGUSTA WERNECK
POS GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA
CRM-PA 8857



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMSA
DIRETORIA DE SAÚDE E ALTA COMPLEXIDADE - DSA
CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOMOTRICIDADE - CAPS

PROMOTORIA DE
PARAUAPEBAS

SOMMA

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE ALINE F. DE ARAUJO ESTÁ EM TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DESDE 26/04/2023, APRESENTANDO SINTOMAS COMPATIVOS COM DOENÇA PSÍQUIATRA COM CIDRO F41.1, INQUIETAÇÃO, IRRITABILIDADE, INSÔNIA, REFERE QUE TEM PENSAMENTOS DE MORTE. FOI PRESCRITO APRAZOLAM 250 1X AO DIA, ANSIEC 10 MG 2 X AO DIA, DELER 50MG 1X AO DIA, DELER 100MG 1 X AO DIA. A MESMA NÃO OBTVE MELHORA COM MEDICAÇÕES FORNECIDAS PELO SUS. ALEM DA INCAPACIDADE FINANCEIRA DA PESSOA DE ARCAR COM CUSTOS DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS.

ESSE É O LAUDO

CID 10: F 40.0 + F41 + F52

Parauapebas, 20 DE NOVENBRO DE 2024

Dr. Augusto Wirtz
Psiquiatra em Parauapebas
CRM-PA 8007

Rua 22, nº129 - Zona Urbana Nova - Parauapebas/PA CEP: 68618-000
Fone: (94) 3346-8540 Whatsapp: (94) 96303-3278 - E-mail: pje@parauapebas.pa.gov.br



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUAPEBAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL

1ª VIA FARMÁCIA

Paciente ALINE FERREIRA DE ARAUJO

Endereço: _____

Prescrição: USO ORAL

DELLER 100 MG -----02CX

TOMAR 1CP VO POR DIA

ANSITEC 10MG -----02CX

TOMAR 1CP VO DE 12/12H

Data: _____

Carla Augusta Werneck
Pos-Graduada em Psiquiatria
CRM-PA 8857

Ass/Carimbo/Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	_____
Ident.:	_____
Org. Emissor:	_____
Endereço:	_____
Cidade:	_____
UF:	_____
Telefone:	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASS. DO FARMACÊUTICO ____/____/____





Assinado eletronicamente por: PARA MINISTERIO PUBLICO - 13/09/2024 15:11:25

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUAPÉBAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Paciente: ALINE FERREIRA DE ARAUJO

Endereço:
Prescrição:

Uso oral

1) DELLER 100 MG
TOMAR 1 COMP VO 12/12H 60CP

Carla Augusta Werneck
Pós-Graduada em Psiquiatria
CRM-PA 3857

Ass/Carimbo/Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Ass. DO FARMACÊUTICO	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

2ª VIA PACIENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUAPÉBAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Paciente: ALINE FERREIRA DE ARAUJO

Endereço:
Prescrição:

Uso oral

1) DELLER 100 MG
TOMAR 1 COMP VO 12/12H 60CP

Carla Augusta Werneck
Pós-Graduada em Psiquiatria
CRM-PA 3857

Ass/Carimbo/Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Ass. DO FARMACÊUTICO	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	





Clínico Médico

ENCAMINHAMENTO

Paciente: Maria S. [redacted] Vieira de

Silva refere de Epilepsia Primária de difícil controle, faz uso de Oxcarbazepina e Ácido Valproico anos sem controle das crises.

Está incapacitada para o trabalho por tempo indeterminado.

CID 040.9

Data: 8.06.2017

Fone: (94) 98117-5625

amigosquebrilham

amigosquebrilham@gmail.com

amigosquebrilham

Dr. Pedro Salustiano
Neurocirurgião

Rua O. 207 - Cidade Nova
CEP: 68.515-000
Parauapebas - PA



Recetário Médico

Unidade de Saúde:

Nome:

Laudo Médico

Paciente Nome Nome de Nome, 7 anos,
com diagnóstico de epilepsia, com ataques
de desenvolvimento neuropsicomotor, crises
epilépticas infantís de início
antes de 1 ano - sintomas sugestivos de desenvolvimento
cognitivo a motor, com regressão
de idade infantil devida, quantidade
de 120 folhas, tamanho X X 6
(tamanho) pois usa marca unita
avulsivas, de fontes das demais testadas
CJD 116.400/6800

Data 23/05/24

Assistente de Enfermagem



LIBERDADE II



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUAPEBAS
Secretaria Municipal de Saúde



Receituário Médico

Nome: _____

Endereço: _____

Data: ____/____/____

Lauda Médica

Paciente ~~nome~~ J. R. ~~de~~ 7 anos, portadora da síndrome de West, epilepsia refratária com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e crises epilépticas desde o primeiro mês de vida. Com regressão de desenvolvimento cognitivo e motor. A mesma faz uso e necessita de 150 fraldas ao mês no tamanho XXG infantil. A paciente chegou a receber pela Unidade de saúde, fraldas no tamanho XG onde a mesma desenvolveu alergia e devido ao ganho de peso recebeu pela unidade de saúde fraldas no tamanho P adulto que ficou grande e foi devolvida a unidade de saúde e desde então não recebeu mais fralda. Devido a alergia a paciente necessita de fralda (Namy Peko super xca, pacote azul) tamanho XXG de uso contínuo.
CID: G40.0/G80.0

[Assinatura]
Médico-CRM

CRM 17633/PA

23/10/23


Prefeitura Municipal de Paranaíba
Secretaria Municipal de Saúde
UNIDADE DE SAÚDE DE PARANAÍBA



Receituário Médico

Nome: Alvaro Gustavo Sousa Sales
 Endereço: _____ Data: 16/09/2024

Relatório Médico

O paciente Alvaro Gustavo Sousa Sales, 5. Ed. 13 anos, em acompanhamento na UBS do bairro da Paz, CNS 702.0038.7448, 31, apresentando os CID 10: E80.0, F72.640.1, em uso de carbamazepina 20mg/ml, 10ml de 818h.

Em função dessas condições, necessita fazer uso de fraldas descartáveis de tamanho mamupetto XX6, pois o mesmo apresenta alergia as demais fraldas.

Solicito 150 fraldas da marca mencionada, uma vez que o uso diário delas é cerca de 05 fraldas ao dia.

Dr. Gilson de Souza
 CRM 14.882

Médico - CRM



Este documento foi gerado pelo usuário 012.***-75 em 07/11/2024 13:46:17

Número do documento: 24092014455632000000119395861

<https://pje.tpa.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=24092014455632000000119395861>

Assinado eletronicamente por: PARA MINISTERIO PUBLICO - 20/09/2024 14:44:34



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUAPEBAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DA MULHER
GESTAÇÃO DE ALTO RISCO



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo

CRM

UF

End.:

Cidade:

UF

Tel.:

1ª VIA FARMÁCIA / 2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Laime Ribeiro da Conceição

Endereço:

Prescrição:

Requisição de fraldas descartáveis
Paciente Laime Ribeiro da Conceição, 20 anos,
acomoda devido a sequelas neurológicas
após retirada de tumor cerebral aos 03 anos
de idade, desde então fez uso de fraldas descartáveis
selveto fralda de marca CAPRICHO / LINHA
FITCARE COMFORT / 120 unidades mensais. Foi
especificado a marca, pois, paciente apresenta
alergia de contato grave após uso de fralda ce-
dida pela Prefeitura.
Cid: G80/G40.4

09/09/21

Data

Laís Lucena Guerra
Médica

CRM 17235 PA

Assinatura e Carimbo do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:

Identidade:

Órgão Emissor:

End.:

Cidade:

UF

Tel.:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data



Prefeitura Municipal de Parauapebas
Secretaria Municipal de Saúde



Receituário Médico

Nome: _____

Endereço: _____

Data: ____/____/____

Paciente nome R. Leonardo, 20 anos,
acompanha de ciúdas. contendo com
sequelas neurológicas após lesões
de aréteia de sistema cerebral.
necessitando de glicose de
uso diário do. marca Plenitudo
acurto, tamanho m (40kg - 70kg).
100 unidades, mensal.
CDS: 6801640.1.

Dra. Karoline Carneiro
Médica
CRM-PA 20840

Médico - CRM

401041 05.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAUAPEBAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
POLICLINICA MUNICIPAL DE PARAUAPEBAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome M. E. do C. da S.

Endereço _____ Data 1 / 1

Doença Neurológica

*Doente com paralisia
Cerebral bihemiparesia espástica,
necessita usar fraldas toman
XG (150 unidades por mês) de marca
MamyPoko, porque tem alergia
interna a faldas de outras marcas.*

680.0

640.1

Dr. J. de Almeida Flauzino
C.R.C. 24.2003
C.R.C. 24.2003
C.R.C. 24.2003
C.R.C. 24.2003

DATA 30/08/24

