

135927428 68

30/04/79

DOMENICO VALIANTE

CITAVA

19/11/29

MINISTERIO DA SAUDE - FARMACIA POPULAR
61412110005971-DROGARIA SAO PAULO S.A.
AUTHS:998488560601912 CRM/UF:98245-SP
FAR: R\$ 26,00 MS: R\$ 26,00 CID: R\$ 0,00
RESP.LEGAL:JOSE HENRIQUE VERRI
VEND:97413720-PAULO CEZARDESOUZA

Ass:13592742868-DOMENICO VALIANTE
SAIBA SEU N CARTAO SUS 700708920931974
R CONSELHEIRO FALCAO DE SOUSA, 92 , VILA
NHOCUNE, SAO PAULO, SP

RELACAO DE MEDICAMENTOS

COD. BARRAS MEDICAMENTO
CONPR PCS AUT SAL U.MS U.BEN PROX.COM

7896672202810 CLENIL HFA
03/02 2 200 1000 26,00 0,00 03/04/1
Disque Denuncia: 136 (SiTef)

ZPH ZPH-400 ECF-IF
VERSAO:01.04.00 ECF:017 LJ:0055 OPR:146
AAAAAAAAAUCUUGMAOU 03/02/2017 09:40:34U
FAB:ZP07110000000004022



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE

RECEITUÁRIO- 1ª e 2ª via

Nome: Bonnie Valiante

Endereço: (Port. 344/98) _____

no nariz
 1) Baclofeno spray nasal
2 jato de 12/12
no nariz duas vezes ao dia
(12 meses)

Hospital Dia Rede Hora certa Penha
Praça Nossa senhora da Penha, 55.
CEP: 03632-000
Telefone: 2092-8154

R. Conselheiro Brás 42
Tela Moura São Paulo/SP

Bonnie Valiante

São Paulo, 01/11/2016

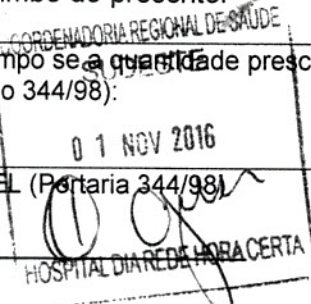
Assinatura e carimbo do prescritor

JUSTIFICATIVA – CID(Prescritor, preencha este campo se a quantidade prescrita for superior àquela determinada pela Portaria ANVISA no 344/98):

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Portaria 344/98)

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel: _____





MARCAÇÃO RETORNO DE CONSULTA

Retornar em _____ dias

- 1 Mês
- 2 Meses
- 3 Meses
- 4 Meses
- 5 Meses
- 6 Meses
- ALTA

Paciente: _____

Médico: _____

Especialidade: _____

Data: _____

Clinica Médica

Cooperativa Médica

Rua Joaquim Costa, 308 - Estância, São Paulo - CEP: 03021-040 - PAÍS: (11) 3553-1800

MZ 078





GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

AME

AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES
MARIA ZÉLIA



João Carlos Valente
Uso contínuo

Quem precisa de 20
Tamp 1 cap
127 125

09.01.17

Eliana K. Cardoso
CRM - 49798
Clínica Médica
Gastroenterologia

____/____/____
Data

Assinatura / Carimbo



MINISTERIO DA SAUDE - FARMACIA POPULAR
61412110005971-DROGARIA SAO PAULO S.A.
AUTMS:998468580609343 CRM/UF:142689-SP
FAB: RS 1,80 MS: RS 1,80 CID: RS 0,00
RESP. LEGAL: JOSE HENRIQUE VERRI
VEND: 97413720-PAULO CEZARDESOUZA

Ass: 13592742868-DOMENICO VALIANTE
SAIBA SEU N CARTAO SUS 700708920931974
R CONSELHEIRO FALCAO DE SOUSA, 92, VILA
NHOCUNE, SAO PAULO, SP

RELACAO DE MEDICAMENTOS

COD. BARRAS MEDICAMENTO
COMPR POS AUT SAL U.MS U.BEN PROX.COM

7696004716190 HIDROCLOROTIAZIDA
03/02 1 30 30 1,80 0,00 05/03/17
Disque Denuncia: 136 (SiTef)

ZPH ZPH-400 ECF-IF
VERSAO: 01.04.00 ECF: 017 LJ: 0055 OPR: 146
AAAAAAAAAOCUUUOHOAU 03/02/2017 09:42:44U
FAB: ZP071100000000004022

UBS Antonio P. F. Villalobe
Rua Coelho de Lencastre, 95
Tel: 2741-XXXX

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE

RECEITUÁRIO 1ª 2ª via

NOME: DOMINICO VALENTE IDADE: _____

END: _____ SEXO: F () M ()

Compu

- 1) Ibuprofeno 250 19 de
- 2) Enoxal. 50 19 de
- 3) Simvastatina 20 19 de
- 4) Acido Acet. Salicilico 19 de
- 5) Omeprazol 20 19 de
- 6) Tildem, 300 19 de

Dr Julio Ravenau
CRM 142689

São Paulo 1-12-16

Assinatura e carimbo do prescritor

JUSTIFICATIVA-CID (Prescritor, preencha este campo se a quantidade prescrita for superior àquela determinada pela Portaria ANVISA no 344/98)
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (preenchido pela Farmácia)
Nome:
Endereço:
RG: _____ Tel: _____

SERVIÇO SOCIAL

Nome: Domenico Valiant

Data de Entrada 22/2/17 19/11/29^º

Data Retirada 6/3/17

LME RECEITA () LAUDO () OUTROS: _____

Atendimento por: Ana Beatriz