

RECEITUÁRIO

Paciente: VELITON ALVES DO SILVA

Endereço: _____

Prescrição:

RELATÓRIO MÉDICO

ATESTO QUE PACIENTE SUPRACITADO REFERE DOR COM BOM INSTENÇA. APRESENTA-SE COM DISCOPATIA DEGENERATIVA LOMBAR. ENCONTRA-SE COM CASEBUE ⊕ POSITIVO, ENCURTAMENTO MODERADO ISRUSO TIBIAIS, DETERMINAÇÃO FLEXO-EXTENSÃO COLUNA. PROPONHO TRATAMENTO CONSERVADOR.

ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA, VISTO QUE RELATA INCAPACIDADE PARA TRABALHO. SOLICITO 60 (SESSENTA) DIAS DE AFASTAMENTO PARA SUA REABILITAÇÃO. CID: 254.5

Leandro Mamede Mahmoud
Ortopedia e Traumatologia
Cir. de Ombro e Cotovelo
CRMMS 1094

28/04/2022

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE SR. UELITON ALVES

DA SILVA DEVERÁ APOSTAR-SE

PO TRABALHO POR 60 (SESSENTA)

DIAS. CID: M54.5

Leandro Mamede Mahmoud
Ortopedia e Traumatologia
Cir. do Ombro e Cotovelo
CRM/MS 7629

28/04/2022

RECEITUÁRIO

Paciente: _____


Endereço: _____

Prescrição:

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO QUE SR. KELITON ALVES
DA SILVA DEVERÁ AFASTAR-SE DO
TRABALHO POR 30 (TRINTA) DIAS
PELO CID m 54.5.

28/03/2022


Leandro Mamede Mahmoud
Ortopedia e Traumatologia
Cil. do Ombro e Cotovelo
CRM/MS 7629

RECEITUÁRIO

Paciente: UELI TAD ALVES DA SILVA

Endereço: _____

Prescrição:

USO EXTERNO

① DIPROSPON _____ 02 Amp.

APLICAR 1 Ampola (Im) AGORA.

REPETIR Em 30 D/BS.

28/04/2022


Leandro Mamede Mahmoud
Ortopedia e Traumatologia
Cir. de Ombro e Cotovelo
CRM/MS 7629

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

End. Completo e tel: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª Via - Retenção na Farmácia ou Drograria

2ª Via - Orientação ao Paciente

Leandro Mamede Mahmoud
Ortopedia e Traumatologia
Cir. de Ombro e Cotovelo
CRM/MS 7629

_____ assinatura do médico

CONSULTA:

Paciente: VELTON ALVES DA SILVA

Endereço: _____

Prescrição: USO ORAL

② DORENE TABS 75mg _____

Tomar 1 Comprimido DE 12/12H, por 30 dias.

28/04/2022

Identificação do comprador

Identificação do fornecedor

Nome: _____

Identidade: _____ Órg Em.: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

_____ assinatura do farmacêutico

Data: ____/____/____