



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

SAE/CTA
Rua dos Missionários, 420
Jd. Caramuru - 79806-000
Dourados-MS

NOME: Imar Cabulão

CNS: _____

Relatório Médico

Paciente portador do diagnóstico,
pelo CID B24, desde 03/2024, após
verificar estar em região baixa à ☺,
tratada.

Início TAEV na mesma época,
usando Tenofovir + Lamivudina +
Adjuvante, com boa evolução
viral, mas ainda não imunologicamente,
em risco de T.O.
com algia constante em região
de herpes (torácica), e pouco melhora
e motora.

ASSINATURA DO MÉDICO/ENFERMEIRO
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO NO CRM/COREN)



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

SAE/CTA
Rua dos Missionários, 420
Jd. Caramuru - 79806-060
Dourados-MS

NOME: Ismael Cabulos

CNS: _____

Relatório Médico

Paciente portador de diagnóstico,
pelo CID: B24, desde 03/21.
Iniciar ARV na mesma época
(Adutegavir + Lamivudina + Tenofovir).
Em Tratamento p/ alergia pós herpes zoster
em 2012, todo (E) sup. Aguardando
exames (panografia) para investigação de
sequestro pós trauma em ombro (E).
Sem cardiopatia p/ trabalho.
Em acompanhamento constante
neste serviço.

ASSINATURA DO MÉDICO/ENFERMEIRO
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO NO CRM/COREN)

19/8/21



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

SAE/CTA

Rua dos Missionários, 420
Jd. Caramuru - 79806-060
Dourados-MS

NOME: Ismar Cabulão

CNS: _____

Informo p/ fins que paciente é
portador de ~~Doença~~ Crônica, pelo CID
B24 (03/24), já usando medicação
(Dolutegravir + tenofovir + lamivudina),
aguardando exame. Em tratamento
p/ herpes zoster, box sob ©.
Sinal de trauma no box e
ombro ©.
Sem indicão p/ trabalho.

ROSALINDA VIEIRA
CRMMS 4110
RGO 101000-1

05/05/24.

ASSINATURA DO MÉDICO/ENFERMEIRO
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO NO CRM/COREN)



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

NOME: Ismar Cabulaõ

CNS: _____

Uso int

① Delamir flex 016
Jornal 01 y ② 12/12h

Rosana Alves Vieira
Clínica Geral
CRM 591983-1

ASSINATURA DO MÉDICO/ENFERMEIRO
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO NO CRM/COREN)



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS
Secretaria Municipal de Saúde

Anti-mifemol

RECEITUÁRIO

NOME: Iman Casulato

CNS: _____

Uso int

① Amoxic 90 mg _____ 01x
toma 01 qd @ 1x/dia.

[Handwritten signature]

ASSINATURA DO MÉDICO/ENFERMEIRO
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO NO CRM/COREN)