

Centro de custo: UNIDADE INTERNAÇÃO - CLÍNICA MÉDICA 6º ANDAR		Leito: 02	Enfermaria: 013
Sexo: MASCULINO	Data Nascimento: 22/11/1974	Idade: 49 A, 0 M, 13 D	Data Admissão: 05/12/2023 21:35
Professional de Saúde: JOÃO OTAVIO OLIVEIRA SILVA (CRM - 88490) - MEDICINA INTERNA CLINICA GERAL		Data: 05/12/2023 09:01	

RECEITUÁRIO MÉDICO

MEDICAÇÕES VIA GASTROSTOMIA

1) Losartana 25 mg ----- uso contínuo
Administrar às 8h, todos os dias.

MEDICAÇÕES SINTOMÁTICAS VIA GASTROSTOMIA

1) Domperidona 1 mg/ml (suspensão oral) ----- se necessário
Administrar 10 ml da solução se paciente apresentando vômitos, podendo ser realizado até 3 vezes ao dia.

MEDICAÇÕES DE USO TÓPICO

1) Creme de Ureia 10 % ----- uso contínuo
Aplicar na pele para hidratação, após os banhos.

2) Óxido de Zinco com vitamina A e D ----- uso contínuo
Aplicar nas regiões de fralda, para prevenção e tratamento de assaduras.

3) Nistatina 25000 UI Creme ----- 1 tubo
Aplicar na região das costas, duas vezes ao dia, para tratamento e prevenção de dermatofitoses.
Utilizar pelos próximos 5 dias.

MEDICAÇÕES DE USO OFTALMOLÓGICO

1) Hidromelose + Dextrano 3+1mg/ml colírio ----- uso contínuo
Aplicar uma gota em cada olho a cada 4 horas, quando paciente acordado.

MEDICAÇÕES DE USO SUBLINGUAL (XEROSTÔMICO)

1) Atropina 10 mg/ml colírio ----- uso contínuo
Aplicar duas gotas sublingual a cada 6 horas, secar a boca com gaze antes de aplicar.

Assinatura/CRM: _____



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

NOME E ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE	DATA
NOME DE REGISTRO DO PACIENTE <i>Florento Pereira dos Santos</i>	
NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)	

PRESCRIÇÃO

uso oral

① Acetilcisteína 600mg — 10 cps
diluir 1 cps efervescente em 20 ml
de água e, após, fazer por
venda

[Handwritten signature]

[Stamp]
Dr. Yasmin Esmeraldo de Oliveira
CRM 95164
CONTROLE 8761273

NOME DE REGISTRO DO RECEBEDOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
NOME SOCIAL DO RECEBEDOR (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		DATA: ____/____/____	
IDENTIDADE	ÓRGÃO EMISSOR		
ENDEREÇO			
Nº	TELEFONE	UF	ASSINATURA / BM

SAAA - 03001001 - G



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

UPA NURTE
AV. RISOLETA NEVES, 2.581

CEP 31.814-443
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

NOME E ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE <i>Empo</i>	DATA 15/02/24
NOME DE REGISTRO DO PACIENTE <i>RAIÃO PARTES DOS SANTOS</i>	
NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)	

PRESCRIÇÃO

micromesbuzafas

ATTOMENT — 20 GOTAS
SFO, 9% — 03 ml

PAUEN ME' DE 414H DE TOUPE, CHLÉNIA
OU PAUEN DE AL

Dr. [Signature] M. P. Bicalho
42836

NOME DE REGISTRO DO RECEBEDOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
NOME SOCIAL DO RECEBEDOR (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		DATA: ____/____/____	
IDENTIDADE	ÓRGÃO EMISSOR		
ENDEREÇO			
Nº	TELEFONE	UF	ASSINATURA / BM

SAAA - 03001001 - G



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

NOME E ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE	DATA 03/04/14
NOME DE REGISTRO DO PACIENTE Flávia Portes da Silva	
NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)	

PRESCRIÇÃO

Uto externo

TROK N O!

*Para as lesões de pé
2 vezes ao dia por 10 dias.*

Dra. Karla Cristina A. Revoredo
CRM 43299
CONTROLE 6470889

NOME DE REGISTRO DO RECEBEDOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
NOME SOCIAL DO RECEBEDOR (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		DATA:	
IDENTIDADE	ÓRGÃO EMISSOR		
ENDEREÇO			
Nº	TELEFONE	UF	ASSINATURA / BM

SAAA - 03001001 - G



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

NOME E ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE	DATA 27/12/23
-------------------------------------	------------------

NOME DE REGISTRO DO PACIENTE <u>Elaine Pereira dos Santos</u>
NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)

PRESCRIÇÃO

uso por via oral

① lactulose 667 mg/ml _____ 1 frasco
15ml, por dia, na constipação.

[Handwritten signature]

Dra. Yasmin Esmeraldo de Oliveira
CRM 95164
CONTROLE 0761973

NOME DE REGISTRO DO RECEBEDOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
NOME SOCIAL DO RECEBEDOR (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		DATA: ____/____/____	
IDENTIDADE	ÓRGÃO EMISSOR		
ENDEREÇO			
Nº	TELEFONE	UF	ASSINATURA / BM

SAAA - 03001001 - G

1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE

04/05/2018 GEESP



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

NOME E ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE	DATA 09/04/24
NOME DE REGISTRO DO PACIENTE <i>Flores Pires de Santos</i>	
NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)	

PRESCRIÇÃO

Sz Use extenso

1) LACRIMA PUS 01 frasco
 contínuo.
 aplicar 2 vezes ao dia

2) AMPICILINA 1g 01 frasco
 contínuo
 aplicar 2 vezes ao dia

Dra. Karla Cristina A. R. R. R.
 CONTROLADOR
 43299

NOME DE REGISTRO DO RECEBEDOR			CONTROLE: IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME SOCIAL DO RECEBEDOR (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)			DATA:
IDENTIDADE	ÓRGÃO EMISSOR		
ENDEREÇO			
Nº	TELEFONE	UF	ASSINATURA / BM

SAAA - 03001001 - G



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

NOME E ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE	DATA 23/01/24
NOME DE REGISTRO DO PACIENTE Telão Borges da Fonte	
NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)	


PRESCRIÇÃO

Uso externo

Dispositivo P1 — 01/dia

Intervenção cirúrgica masculina e extensa (Penis G)

o Tratamento de paciente planejado por transição

Dra. Karla Cristina A. Revoredo


NOME DE REGISTRO DO RECEBEDOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
NOME SOCIAL DO RECEBEDOR (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		DATA:	
IDENTIDADE	ÓRGÃO EMISSOR		
ENDEREÇO			
Nº	TELEFONE	UF	ASSINATURA / BM

SAAA - 03001001 - G



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

NOME E ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE <i>C/S de Rize de Corina</i>	DATA <i>23/01/24</i>
NOME DE REGISTRO DO PACIENTE <i>Felício Borges da Santos</i>	
NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)	


PRESCRIÇÃO

T₂ *Uso externo*

FRANGAS GERIÁTRICAS - todos por Gmels

5 fraldas ao dia

** Trate-se de paciente acometido por trauma*



NOME DE REGISTRO DO RECEBEDOR			IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
NOME SOCIAL DO RECEBEDOR (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16 QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)			DATA:	
IDENTIDADE		ÓRGÃO EMISSOR		
ENDEREÇO				
Nº	TELEFONE	UF	ASSINATURA / BM	

SAAA - 03001001 - G

1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE

04/05/2018 GEESP