



Pró-Saúde

Serviços Médicos

Responsável Técnico: Dr. Alessandro Yoshizato - CRM/SC 6724

9:

DECLARAÇÃO

Declaro por os devidos
fins que LUIZ GIOROTTO
é portador de (CID-10)
F90.0 e F91.3 e necessita
do uso de METILFENIDATO
LONGA AÇÃO 10mg (RITALINA
LA 10mg) de modo contínuo

20/01/2021

Dr. Fernando Bihan
Neurocirurgia
RQE 10306
CRM SC 17583

lii

Assinatura e carimbo do Médico:

Fones: (48) 3024-5388 / 99141-4548

www.prosaudeservicosmedicos.com.br

Rua 7 de Setembro, 142 - Sobreloja - Centro

CEP 88010-060 - Florianópolis-SC

Luigi Girotto

Alerto que o paciente acima,
com diagnóstico de F.90 (Transtorno
hiperativo) e F.91.3 (Transtorno de opor-
tão e desafio), necessita acompa-
nhamento clínico e psicoterapia
semanal por um período
mínimo de 6 meses.
A disposição,


Dra. Lilian S. Lucas
Médica Psiquiatra
CRMSC 9071

01/11/10.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
FLORIANÓPOLIS
POLICLINICA MUNICIPAL CENTRO
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



14/01/2022 - 14:00

Emitido por (5364) RAPHAELA SANTOS PELLIZZARO em 14/01/2022 14:00 | CELX SAÚDE v1.1.115.2 - CELX SISTEMAS LTDA

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para fins de informação médica, que GIOVANNA GIROTTO está em acompanhamento psiquiátrico na rede municipal de saúde por quadro clínico compatível com F84 e F41 de acordo com a CID-10.

Att,

Florianópolis-SC, 14/01/2022.

Raphaela S. Pellizzaro
Médica Psiquiatra
CRM/SC 17287 - ROF 13360

RAPHAELA SANTOS PELLIZZARO
CRM - 17287

Eu, GIOVANNA GIROTTO, autorizo o(a) Dr(a) RAPHAELA SANTOS PELLIZZARO a registrar o diagnóstico codificado CID 10 neste atestado.

Assinatura Paciente
GIOVANNA GIROTTO



AVENIDA RIO BRANCO, 90 - CENTRO - CEP 88.015-200
FLORIANOPOLIS - SC FONE 4839520100

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NUMERO
SC	24481616

A

Data: 02 de 04 de 25

Paciente: Giovanna Gimenes

Assinatura do Emissor

Endereço: Sin

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Aline Ester Bourscheid
CRM 14688 SC

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA

Nome: Ritalina

10mg - 24x1

Quantidade e Apresentação

2 por dia

Fórm. Farm. Concentr./Unid. Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Endereço:

Identidade nº:

órgão Emissor:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome

Data

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NUMERO
SC	2410.1-42. 0069511

A

Data: 10 de março de 2025

Dra. Ana Paula Amorim Spada

Assinatura

Médica

CRM/SC 12499

Assinatura do Emissor

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
08 935 681/0001 - 91
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Henrique da Silva Fontes, 6100
3239-1507 / 3239-1540
TRINDADE - CEP 88036-700
FLORIANÓPOLIS - SC

Paciente:

Luigi grotho

Endereço:

R. almirante almirante
452, bairro Frei.

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA

Nome: Ritalina LA

1 caixa

Quantidade e Apresentação

40 mg

Fórm. Farm. Concentr. Unid. Posologia

1op1da

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome

Data

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Endereço:

Identidade nº:

Órgão Emissor:

Telefone: