



Prefeitura de Erechim
SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE
Ambulatório de Saúde Mental
Equipe AMENT



Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DE ERECHIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
R. Santa Da Botica, 200 - CEP 99700-455
Erechim, RS - Fone: 3525-7200
e-mail: sm@erechim.rs.gov.br

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

Nº GEMUS: _____

IDENTIFICAÇÃO		CNS:
NOME COMPLETO: <i>Maria Isabel Zanin</i>		DATA DE NASCIMENTO:
NOME DA MÃE:		FONE:
ENDEREÇO/BAIRRO:		ENCAMINHADO PARA: <i>UBS Atlântico</i>
UBS DE ORIGEM: <i>CAP3 2</i>		LOCAL:
DATA AGENDADA:	HORÁRIO:	

DADOS DE REFERÊNCIA PARA O ENCAMINHAMENTO:

Paciente necessita de acompanhamento psicológico devido aos sintomas depressivos e ansiosos. Tem uso de medicação. Aguardando consulta Psiquiátrica. Pode seguir Acompanhamento Psicológico na UBS.

Rochele Dellatorre

Assinatura/CRM/CPF

Rochele Dellatorre
Psicóloga CRP 07/20514
Portaria 003/16

27 / 06 / 2025

Data

DADOS DE CONTRA REFERÊNCIA

Assinatura/CRM/CPF

Data



Prefeitura de Erechim
SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE
Ambulatório de Saúde Mental
Equipe AMENT

ATESTADO MÉDICO

Atesto que a Sra. MARIA ISABEL ZANIN se encontra sob tratamento médico, apresentando o diagnóstico CID F31.4, necessitando de afastamento do trabalho pelo período de 180 (cento e oitenta) dias, devido a intensidade dos sintomas. A referida paciente está em uso de Paroxetina 40mg, Lítio 600mg e Risperidona 3mg.

06/03/2025

Dr. Ricardo Schmitt
Médico Psiquiatra
CRM-RS 24284 | RQE 14773

Ricardo Schmitt
Médico Psiquiatra
CRM/RS Nº 24284
RQE Nº 14773

Autorizo a divulgação do meu diagnóstico e demais informações médicas neste atestado.

MARIA ISABEL ZANIN



Prefeitura Municipal de ERECHIM - RS
Secretaria Municipal de Saúde
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL (474917)

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: EDANIR CELSO BICHOFF
CRM-RS 22164
Endereço completo e telefone: POLONIA - Nº 138, CENTRO -
CEP: 99700000, ERECHIM - RS / 54 35223483

2ª Via - Paciente

01/07/2025
10:42:31



A autenticidade do documento pode ser
verificada em: G-MUS

Paciente: MARIA ISABEL ZANNIN (750018)
Endereço: RUA WLADISLAW KREPINSKI 612 ATLANTICO ERECHIM - RS
CNS: 7000045743601 Nascimento: 29/12/1970

Sexo: F

- 1 PAROXETINA 20MG, CLORIDRATO DE - COMPRIMIDO(17791.1) - CP 60 (Sessenta)
2 CPS NOITE
- Medicamento de uso contínuo
- 2 LITIO 300MG, CARBONATO DE - COMPRIMIDO(8781.1) - CP 60 (Sessenta)
02 CP À NOITE
- Medicamento de uso contínuo
- 3 RISPERIDONA 3MG - COMPRIMIDO(33877.1) - CP 30 (Trinta)
TOMAR 1 COMP NOITE
- Medicamento de uso contínuo

Gerado eletronicamente por:

EDANIR CELSO BICHOFF
CRM-RS 22164

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Identidade:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

Orgão Emiss.:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Identif. Farmacêutico

Data: ____/____/____

Chave para validação: 8A7D8CCCE6

G-MUS - Gestão Municipal da Saúde v25.06.03

Inovadora Sistemas de Gestão LTDA

Folha



Prefeitura Municipal de ERECHIM - RS
Secretaria Municipal de Saúde
UBS ATLANTICO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL (430290)

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: FULVIO DEMOLINER
CRM-RS 34062
Endereço completo e telefone: RUA SANTA BADALOTTI - Nº 160,
ATLANTICO - CEP: 99705482, ERECHIM - RS / 54 35207224

2ª Via - Paciente

28/04/2025
07:38:31



A autenticação do documento pode ser
confirmada no QR Code ou documento
no sistema G-MUS

Paciente: MARIA ISABEL ZANIN (750018)

Endereço: RUA WLADISLAU KREPINSKI 612 ATLANTICO ERECHIM - RS

CNS: 700004574360601

Nascimento: 29/12/1970

Sexo: F

1 PAROXETINA 20MG, CLORIDRATO DE - COMPRIMIDO(17791.1) - CP

120 (Cento e
Vinte)

Oral/Interna
TOMAR 02CP VIA ORAL À NOITE.

2 LITIO 300MG, CARBONATO DE - COMPRIMIDO(8781.1) - CP

120 (Cento e
Vinte)

Oral/Interna
TOMAR 02CP VIA ORAL À NOITE

3 RISPERIDONA 3MG - COMPRIMIDO(33877.1) - CP

Oral/Interna
tomar 01cp via oral à noite

Fúlvio Demoliner (Assenta)
Médico Comunitário
CREMERS 34062
UBS Atlântico SMS-PM Erechim

Gerado eletronicamente por:

FULVIO DEMOLINER
CRM-RS 34062

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Orgão Emiss.:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Identif. Farmacêutico

Data: ____/____/____

Chave para validação: A9B2491A67

Folha 1

G-MUS - Gestão Municipal da Saúde v25.03.15

Inovadora Sistemas de Gestão LTDA