

ANEXO IX
RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Identificação do paciente:

Nome: JOICE HELENA PEDRO RG: 3893718

Endereço residencial:

Rua: SAUL SILVEIRA PENHA n.º 357 Apto. Bairro: CARIANOS
CEP: 88041-630 Cidade: F. POLS e-mail: JOICE.com@hotmail.com

1- Crise Epiléptica:

a) Tipo de crise: Epileptiforme

b) Número estimado de crises nos últimos

- 06 meses: 0
- 12 meses: 0
- 18 meses: 0
- 24 meses: 0

c) Grau de confiança nas informações prestadas (na avaliação do perito):

Alto (X) Médio () Baixo ()

d) Ocorrência das crises exclusivamente no sono?

Sim () Não (X)

e) Fatores precipitantes conhecidos: Sim () Não (X)

Quais?

2- Síndrome Epiléptica:

a) Tipo: Epileptiforme caracterizada por complexos pontas onda eventuais

b) Resultado do último E.E.G.: 12/04/2022 Sugestivo de epilepsia idiopática

c) Resultado dos exames de imagem / data do último exame

T.C.:

R.M.:

3- Em relação ao tratamento:

a) Medicação em uso (tipo/dose): lamotrigina 25 mg. (0-0-2)

b) Duração do uso: 16 anos (Tempo de Uso)

c) Retirada da medicação atual em andamento? Sim () Não (X)

Previsão do início: Previsão do término: sem previsão

4- Parecer do médico assistente:

a) Nome: Talytha Mipella Souza Fernandes Lopes de Carvalho

b) Especialidade: Medicina de Família e Comunidade

c) Tempo de tratamento com o médico atual: 1 ano e 9 meses

d) Aderência ao tratamento: Alta (X) Média () Baixa () Duvidosa ()

e) Parecer favorável à liberação para direção de veículos automotores:

1- Durante o uso de antiepilépticos: Sim (X) Não ()

2- Após o término / retirada de antiepilépticos: Sim (X) Não ()

Data: 25/03/2025

Talytha Lopes de Carvalho
MÉDICA

CRM/SC 24911

Talytha Mipella Souza F. Lopes de Carvalho
Assinatura do médico responsável/ CARIMBO

Ciente (Paciente):

[Assinatura]



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

FARMÁCIA ESPECIALIZADA
Comprovante de Agendamento

FARMÁCIA ESPECIALIZADA
Página 001 de 001

Dados do Paciente

Nome	JOICE HELENA PEDRO	Nome Social	-
Idade	49 Anos e 8 Meses	Data Nascimento	31/10/75
		CNS	898.0003.8959.0438
		Sexo	Feminino
Mãe	MARIA JOSE PEDRO	Telefone	
		Celular	(48) 98822-8998
Endereço	RUA SAUL SILVEIRA PENHA, 357, CARIANOS, FLORIANOPOLIS - SC	Equipe Ref.	CARIANOS - 271
		Nº da Família	

Dados da Solicitação

Origem da Solicitação	Profissional Solicitante
-----------------------	--------------------------

Dados do Agendamento

Local	FARMACIA ESPECIALIZADA	Telefone	
Endereço	Doutor Heitor Blum, 521, até 641/642, Estreito, FLORIANOPOLIS - SC		
Tipo Procedimento	ATENDIMENTO GERAL FARMACIA ESPECIALIZADA	CMCE	
Procedimento	null		
Profissional	LEILA NERY DOS SANTOS SOUZA - CRF: 1354 SC		
Data	Quarta-feira - 13/08/2025 - 13:45		

Observação

1. DATA E HORÁRIO agendado é de RESPONSABILIDADE DO PACIENTE.
 2. TRAZER BOLSA OU SACOLA para levar seu medicamento.
 3. OBRIGATÓRIO apresentar documento de identidade do paciente com foto.
 4. Cada paciente tem direito a 01 (um) agendamento por mês. NÃO É POSSÍVEL REAGENDAR.
 5. Em caso de FALTA, dispomos do ENCAIXE por ordem de chegada, com vagas limitadas.
 6. Fique atento à renovação do processo e solicite informações durante o atendimento.
- Maiores informações através do WhatsApp (48) 3271-1705 (somente mensagem) ou e-mail farmaciaespecializada.sms@pmf.sc.gov.br –

Usuário: LIVIA FARIAS OLIVEIRA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
MULTIHOSPITAL
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Emitido por RAFAELLA FERREIRA MEDEIROS em 05/08/2025 09:31 BRT | CELK Saúde v3.1.292 - CELK SISTEMAS LTDA

Receita de Controle Especial

2.ª via — Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: RAFAELLA FERREIRA MEDEIROS

CRM:

End.: AV DEPUTADO DIOMICIO FREITAS, 3393, CARIANOS

Cidade: FLORIANOPOLIS - UF: SANTA CATARINA

Telefone: (48) 3239-1731



0103634010



Dados do Paciente

Nome: JOICE HELENA PEDRO (1104807)

Nome Social:

CNS: 898000389590438

CPF: 023.364.279-07

Nome da Mãe: MARIA JOSE PEDRO

Nascimento: 31/10/75

Idade: 49 Anos e 9 Meses

Endereço: RUA SAUL SILVEIRA PENHA, 357, CARIANOS, FLORIANOPOLIS - SC

DONAREN (TRAZODONA) 50 MG

ORAL

Posologia: 2 COMPRIMIDOS à noite por 60 dias. LEMBRETE: Solicitar renovação de receita antes do término da medicação. Grata :)

Quantidade Prescrita: 120 COMPRIMIDO(S)

Rafaela Ferreira Medeiros
Neurologista
CRM-SC 27279 - RQE 21597

RAFAELLA FERREIRA MEDEIROS

Data: 05/08/2025

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

CPF:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS
CS CARIANOS
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Emitido por TALYTHA MYRELLA SOUZA FERNANDES LOPES DE CARVALHO em: 16/06/2025 13:36 BRT | CELK Saúde v3.1.284.3 - CELK SISTEMAS LTDA

Receituário

Dados do Paciente

Nome: SOPHYA PEREIRA (586110)

Nome Social:

Idade: 19 Anos e 9 Meses

Data Nascimento: 22/08/2005

Endereço: RUA SAUL SILVEIRA PENHA, 357, CARIANOS, FLORIANOPOLIS - SC

Nome da Mãe: JOICE HELENA PEDRO PEREIRA



SALBUTAMOL, SULFATO -100 MCG SPRAY ORAL

ORAL

Uso Contínuo

Quantidade Prescrita: 2 FRASCO(S)

Posologia: Aspirar 4 jatos até de 4 em 4 horas se tiver falta de ar, tosse com chiado no peito.

BUDESONIDA 64 MCG/DOSE- NASAL

NASAL

Uso Contínuo

Quantidade Prescrita: 6 FRASCO(S)

Posologia: Aplicar 2 jatos em cada narina 1 x dia, todos os dias. 1 Frasco/mês.

BECLOMETASONA, DIPROPIONATO 250 MCG/DOSE SPRAY ORAL

ORAL

Uso Contínuo

Quantidade Prescrita: 3 FRASCO(S)

Posologia: Aspirar 2 jatos 1 x dia todos os dias.

CS CARIANOS
Uso Contínuo
Fornecido
Itens:

16/06/25

Talytha Lopes de Carvalho
MÉDICA
CRM/SC 24911



TALYTHA MYRELLA SOUZA FERNANDES LOPES DE
CRM/SC: 24911

Data: 16/06/2025

R VEREADOR OSVALDO BITTENCOURT, S/N - CARIANOS - CEP 88047-700
FLORIANOPOLIS - SC | (48) 3338-1125