

Prefeitura Municipal de Rio Negrinho
Secretaria da Saúde - SUS
Centro Integrado De Saude
AV Richard Schweitzer Albuquerque, 40 - Centro
- CEP: 89295000
RIO NEGRINHO - SC, Fone: (47)36464199

Identificação:
4520-2117552-4

Código:
f3b568



Prescrição de Medicamentos

Paciente: **62692 - Maria Izabel Ribas Machado**

CPF: 034.845.479-10

Data: **11/09/2024**

Data de nascimento: 23/02/1978

CNS: 700507560668658

Sexo: Feminino

Endereço: Jose Anton, Nº198 - Bairro: Quitandinha - Município: RIO NEGRINHO

Uso Oral

- 1) Alta D / Addera D3 / OHDE / Sany- D / D-Prev 2000 ui ----- cont.
Tomar 01 cp 1 x ao dia por 4 meses.
- 2) Dozemast 1000 mcg ----- cont.
Tomar 01 cp sublingual 1 x ao dia por 3 meses.
- 3) Xigduo XR 5/1000 mg ----- cont.
Tomar 01 cp após o almoço e jantar.
- 4) Nesna Plo 25/30 mg ----- cont.
Tomar 01 cp 1 x ao dia.
- 5) Trezete ou Plenance Eze 10/10 mg ----- cont.
Tomar 01 cp pela manhã
- 6) Ômega - 3 (selo IFOS e/ou MEG-3) ----- cont.
Tomar 02 cápsulas 2 x ao dia por 3 meses.
- 7) Atenolol + clortalidona 100 / 25 mg ----- cont.
Tomar 01 cp pela manhã

Renata Osako
Médica
CRM-SC 35062

Renata Yuriiko Janiques Osako - CRM/SC: 35062

O presente documento pode ser validado pelo QR Code ou no site:
<https://www.olostech.com.br/portaldocumentos>



DROGARIA
catarinense

CNPJ: 84.683.481/0018-15

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS

178 - DC RIO NEGRINHO

RUA JORGE ZIPPERER, 38, CENTRO, RIO NEGRINHO, SC - Fone: (47) 36
44-1158

DOCUMENTO AUX. DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

Código	Descrição	Preço	Qt/Un	VL Tot
1000010558	ATENOLOL+CLORT EMS C/60 CPR 50+12,5MG GEN			
3 UN		R\$ 73,79		R\$ 221,37
1 UN De R\$ 73,79	por R\$ 0,00			-R\$ 73,79
2 UN De R\$ 73,79	por R\$ 44,27			-R\$ 59,04
Valor Líquido				R\$ 88,53

Qtd Total de Itens

3

Total

R\$ 221,37

Desconto

R\$ 132,84

A pagar

R\$ 88,53

Forma Pagamento

Valor Pago

CONVENIO

R\$ 88,53

Consulte pela chave de acesso em

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta>

4226 0784 6834 8100 1815 6500 1000 7071 2218 1411 4856

NFC-e Núm: 000707122, Série: 001

31/07/2026 15:54:08



CONSUMIDOR CPF: 100.934.889-20

Prot. Autorização: 242261172462004 31/07/2026 15:54:08

PDV: 7, OPER.: 121184

CONVENIO: 50805-CLAMED - FUNCIONARIOS - CLAMED, CONVENIADO: 2550

59-RODRIGO HANTSCHER, COND. VENDA: 110-MERCADORIAS EM GERAL

VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 11,91

- ESTADUAIS: R\$ 15,05. Fonte: IBPT.

Você economizou R\$ 132,84 em 3 itens.



DROGARIA
catarinense

CNPJ: 04.683.481/0018-15

CIA LATINO AMERICANA DE MEDICAMENTOS

178 - DE RIO NEGRINHO

RUA JORGE ZIPPERER, 30, CENTRO, RIO NEGRINHO, SC - Fone: (47) 36
44-1158

DOCUMENTO AUX. DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

Código	Descrição	Preço	Vl Tot
Qt/Un			
1000033326	DAPAGLIFLOZINA EMS C/30 CPR REV 10MG GEN		
3 UN		R\$ 155,25	R\$ 465,75
1 UN De R\$ 155,25 por R\$ 0,00			-R\$ 155,25
2 UN De R\$ 155,25 por R\$ 93,15			-R\$ 124,20
Valor Líquido			R\$ 186,30

Qtd Total de Itens

3

Total

R\$ 465,75

Desconto

R\$ 279,45

A pagar

R\$ 186,30

Forma Pagamento

Valor Pago

CONVÊNIO

R\$ 186,30

Consulte pela chave de acesso em

<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta>

4226 0784 6834 8100 1815 6500 1000 7070 4116 4021 6667

NFC-e NUm: 000707041, Série: 001

31/07/2026 14:07:06



CONSUMIDOR CPF: 100.934.889-20

Prot. Autorização: 242261171601363 31/07/2026 14:07:06

PDU: 7, OPER.: 121184

CONVENIO: 50805-CLAMED - FUNCIONARIOS - CLAMED, CONVENIADO: 2550

59-RODRIGO MANTSCHER, COND. VENDA: 110-MERCADORIAS EM GERAL

VALOR APROXIMADO TRIBUTOS (Lei 12.741/2012) - FEDERAIS: R\$ 25,06

- ESTADUAIS: R\$ 31,67. Fonte: IBPT.

Você economizou R\$ 279,45 em 3 itens.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

2º VIA



Unidade De Saude Quitandinha
EST Estrada Dona Francisca , 3166 - Quitandinha
CEP: 89298336 - RIO NEGRINHO - SC
Fone: (47) 3644 7283

Identificação:
4520-3325103-5

Código:
1d0c77



Paciente: 62692 - Maria Izabel Ribas Machado
Endereço: Jose Anton, N° 198 - Quitandinha - RIO NEGRINHO/SC
Profissional: Rosimar Barrozo Braga CRM-SC : 22128

Prescrição

USO ORAL:

1. VENLAFAXINA 75 MG.....60 CP

TOMAR 1 CP AO DIA

FORNECIDO

Data 02/06/2026

Dra. Rosimar B. Braga
Médica
CRM-SC 22.128

Rosimar Barrozo Braga - CRM/SC: 22128

O presente documento pode ser validado pelo QR Code ou no site:
<https://www.olostech.com.br/portaldocumentos>

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL
Nome: _____	
Ident.: _____ Org. Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	Ass. do Farmacêutico _____ Data ____/____/____

OLOSTECH

Consultório Informatizado - Impressão em: 02/06/2026 13:36

FARMACIA Sesi

SESI 924 RIO NEGRINHO
SESI 924
PEDRO SIMÕES DE OLIVEIRA
CENTRO RIO NEGRINHO-SC
CEP: 89.295-000 TEL: (47)3644-2430
CNPJ: 03.777.341/0489-59 IE: 2
68859366 IM: 9328

04/07/2026 10:18:20

NR: 000019026

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de
Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	UN	VlUnit	VlTotal
068464	PLENANCE EZE 10/1	1,00	UN	99,47	74,60
024436	ACEYLICISTEINA EM 1,00	UN	87,15		42,99
Qtde. total de itens					2,00
Valor total R\$					186,62
Desconto R\$					69,03
Valor a Pagar					117,59

FORMA PAGAMENTO
Pix

VALOR PAGO R\$
117,59

Consulta pela chave de acesso em
<https://sat.sef.sc.gov.br/nfce/consulta>
4226 0703 7773 4104 0959 6500 1000 0190 2610 4071
9950

CONSUMIDOR-CPF: 034.414.849-04

Nome: MARILDA RIBAS MACHADO

Endereço:

Numero Ecf: 19026 Série: 04/07/2026 10:18:19
via Consumidor

Protocolo de autorização: 24226102522461
Data/Hora: 04/07/2026 10:18:19



Val Aprox. Tributos R\$: 15,81 Fed.
Fonte: IBPT/FECOMERCIO-RJ Xe67eQ

PV0000668303
VOCE ECONOMIZOU R\$ 69,03
Atendido por: KATHLEEN PSCHEIDT
Vendedor: 6033

Caixa: 101 Loja: 924 04/07/2026 10:18:20
Emitido por Linx Itac PDV-NFC-e (4.11.37.05)
www.linx.com.br/farmacia

Linx

SERVICO SOCIAL DA INDUSTRIA FM 924 - Filial
924

PEDRO SIMOES DE OLIVEIRA, O, CENTRO, RIO NEGRINHO,
SC

CEP: 89295000

Telefone: (47) 3544-2430

CNPJ: 03.777.341/0489-59 IE: 205059368

IM: 9328

02/09/2026 10:41:04

NR: 000001189

**Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor
Eletrônica**

Código	Descrição	Qtde	UN	Desc	VI Unit	VI Total
61918	NESINA PIO 25MG/30MG 30 CPR PBM PD	1UN	282,23	70,56	211,67	
68464	PLENANCE EZE 10/10MG 30CAPS	1UN	99,47	24,87	74,60	
70307	FIO DENTAL SANIFIL CLASSICO 100M	1UN	12,99	0,00	12,99	
17353	GLIFAGE XR 500MG 30CPS FPOP GRAT	1UN	12,06	3,02	9,04	

Qtde. total de itens	4
Valor total R\$	406,75
Desconto R\$	98,45
Valor a Pagar R\$	308,30
FORMA PAGAMENTO	VALOR PAGO R\$
Transferência bancária, Carteira Digital	308,30
Troco R\$	0,00

Consulte pela Chave de Acesso em

<https://sat.sef.gov.br/nfce/consulta>

4226 0803 7773 4104 8850 6502 3000 0011 8811 0821 9875



MARILDA RIBAS MACHADO

CPF - 034.414.049-04

NFC-e nº 1188 Série 23

02/09/2026 10:41:04

Protocolo de Autorização: 2422613471841

Data de Autorização: 02/09/2026 10:41:03

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R\$ 0,00

Atendido por: ELIZE SHAIANE DE OLIVEIRA PEREIRA
Vendedor: 6780 - ELIZE SHAIANE DE OLIVEIRA PEREIRA
PROCON - Instituto de Defesa do Consumidor - 151

Caixa: 023 Loja: 924 Impresso em: 02/09/2026 10:41:04



Prefeitura Municipal de Rio Negrinho
Secretaria da Saúde - SUS
Centro Integrado De Saúde
AV Richard Schweitzer Albuquerque, 40 - Centro -
CEP: 89295000
RIO NEGRINHO - SC, Fone: (47) 3646-4101

Identificação:
4520-3497200-4

Código:
4a75b9



Prescrição de Medicamentos

Paciente: **62692 - Maria Izabel Ribas Machado**

Data de nascimento: 23/02/1978

Endereço: Jose Anton, Nº198 - Bairro: Quitandinha - Município: RIO NEGRINHO

CPF: 034.845.479-10

CNS: 700507560668658

Data: **02/09/2026**

Sexo: Feminino

USO ORAL

- VITAMINA D3 ----- 10000 UI
- VITAMINA K ----- 200 MCG
- VITAMINA A ----- 4000 UI
- METILCOBALAMINA ----- 1 MG
- METILFOLATO ----- 3 MG
- SELÊNIO QUELADO OU METIONINA --- 200 MCG
- COMPLEXO B METILADO:
 - B2 ----- 100 MG
 - B3 NA FORMA DE INOSITOL HEXANICOTINATO -- 500 MG

CONSUMIR EM SACHÊ 1 X AO DIA, APÓS O CAFÉ PREFERENCIALMENTE POR 3 MESES.

laranjinha
Itad

VIA CLIENTE

FARMACIA HORAS CDPJ 03 786 318/0001-38
R. PEDR. SMOE OLIVE 689 RIO NEGRINHO/SC

TOTAL: R\$ 230,00

PIX
DADOS DO PAGADOR: 000 845 479-00

03/09/2026 - 18h26
AUTE 040584 TERM K1000819

TRANSAÇÃO FEITA COM PIX
ID DA TRANSAÇÃO
RHX/000919001114674514K24C03FAF70E

Renata Y / Osako
Médica
CRM 35062

Renata Yuriiko Janiques Osako - CRM/SC: 35062

O presente documento pode ser validado pelo QR Code ou no site:
<https://www.olostech.com.br/portaldocumentos>

OLOSTECH

Consultório Informatizado - Impressão em: 02/09/2026 10:14



Prefeitura Municipal de Rio Negrinho
Secretaria da Saúde - SUS
Centro Integrado De Saude
AV Richard Schweitzer Albuquerque, 40 -
Centro - CEP: 89295000
RIO NEGRINHO - SC, Fone: (47) 3646-
4101

Identificação:
4520-1799092-1

Código:
383429



Atestado N° 1799092 - 2ª Via

Paciente: **Maria Izabel Ribas Machado**
CPF: **034.845.479-10**

Atesto para fins de Afastamento do Trabalho, que a Sra. **Maria Izabel Ribas Machado (Matrícula: 62692)** foi atendida no dia 02/09/2026 às 09:42 horas, necessitando de 1 Dia de afastamento das atividades, para tratamento médico.

CID10: E119

(CID com Consentimento do Paciente)

Maria Izabel Ribas Machado

Renata Y. Osako
Médica
CRM 35062

Renata Yuriko Janiques Osako - CRM/SC: 35062

O presente documento pode ser validado pelo QR Code ou no site:
<https://www.olostech.com.br/portaldocumentos>

OLOSTECH

Consultório Informatizado - Impressão em: 02/09/2026 10:15



Prefeitura Municipal de Rio Negrinho
Secretaria da Saúde - SUS
Centro Integrado De Saude
AV Richard Schweitzer Albuquerque, 40 -
Centro - CEP: 89295000
RIO NEGRINHO - SC, Fone: (47) 3646-4101

Identificação:
4520-2577245-4

Código:
f4b3ea



Prescrição de Medicamentos

Paciente: **62692 - Maria Izabel Ribas Machado**

CPF: 034.845.479-10

Data: **07/05/2025**

Data de nascimento: 23/02/1978

CNS: 700507560668658

Sexo: Feminino

Endereço: Jose Anton, N°198 - Bairro: Quitandinha - Município: RIO NEGRINHO

Uso Oral

- 1) Metformina XR 500 mg (Glifage XR) ----- contínuo.
Tomar 02 cps após o café e jantar.
- 2) Dapaglifozina 10 mg ----- contínuo.
Tomar 01 cp 1 x ao dia.
- 3) Nesina 25 mg ----- contínuo.
Tomar 01 cp pela manhã.

Renata Osako
Médica
CRM-SC: 35062

Renata Yuriiko Janiques Osako - CRM/SC: 35062

O presente documento pode ser validado pelo QR Code ou no site:
<https://www.olostech.com.br/portaldocumentos>

OLOSTECH

Consultório Informatizado - Impressão em: 07/05/2025 12:37



PREFEITURA DE
RIO NEGRINHO

SECRETARIA DE
SAÚDE

Av. Richard S. De Albuquerque, 40
Centro | 89295-000
Rio Negrinho | SC
47 3644.2122 | 3644.7256
www.rionegrinho.sc.gov.br

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE MEDICAÇÃO EXTRA- FARMÁCIA BÁSICA
(ANEXO 01)

DADOS DO REQUERENTE:

Nome: <u>Maria Izabel Ribas Machado</u>	
CPF: <u>034.845.479-10</u>	Cartão SUS:
Telefone de Contato:	
Atendimento que originou a prescrição: () Particular () Convênio - Qual? _____	
() SUS - Unidade de atendimento: _____	

DADOS DA PRESCRIÇÃO:

Medicamento (DCB/DCI1): <u>Xig Duo 5/1000 mg</u>	
Posologia: <u>01 cp 1x dia</u>	Duração do Tratamento: <u>Indeterminado</u>
Validade da Receita: <u>06 meses</u>	Registro na ANVISA: (X) Sim () Não
Indicação em conformidade com a aprovada no registro: (X) Sim () Não	
Previsto em PCDT2 da doença listada abaixo: () Sim () Não	
Consta em padronização oficial (ex. REMUME, RENAME ou listas regionais ou estaduais):	
() Sim (X) Não	
OBS: _____	

* O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009) e a descrição médica deverá estar sob o definido na Lei Federal nº 5.991/1973.
*O PREENCHIMENTO INCOMPLETO DESTES FORMULÁRIO RESULTARÁ NO INDEFERIMENTO DO MESMO.

1. Qual(is) a(s) doença(s) que acomete(m) o requerente e que motivaram a prescrição?

CID: Doença: Diabetes Mellitus tipo 2 CID: E11.9

Características da Doença:

2. Quais as opções de tratamento oferecidas pelo SUS para a doença citada?

metformina e gliclazida

3. As alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS já foram utilizadas? (X) sim () não. Em caso afirmativo:

3.1 Especifique o período de tratamento e a resposta do requerente: A metformina continua em uso e a gliclazida por 1 ano. Não houve necessidade de...

3.2 O requerente faz uso de outro(s) tratamento(s) (farmacoterapêuticos ou não)? Qual(is)? uso da insulina e atenolol e clortalidona para hipertensão

4. O tratamento indicado na sua prescrição pode ser substituído por alguma alternativa oferecida pelo SUS?

() sim* - Especifique qual(is):

(X) não - Justifique detalhadamente:

Por não fazer parte de medicação to. listada pelo município.

4.1 Se apontada inefetividade terapêutica (evento adverso) e/ou desvio de qualidade dos medicamentos (queixa técnica), ou sua suspeita, esclareça os motivos que levaram a esta conclusão:

4.1.1 Houve notificação à ANVISA - NOTIVISA4 dos eventos acima? (X) não () sim nº



PREFEITURA DE
RIO NEGRINHO

SECRETARIA DE
SAÚDE

AV. Richard S. De Albuquerque, 40
Centro | 89295-000
Rio Negrinho | SC
47 3644.2122 | 3644.7256
www.rionegrinho.sc.gov.br

5. Qual(is) a(s) consequência(s) ao requerente caso este não seja submetido ao medicamento(s) indicado(s) a curto, médio e longo prazo? *O não controle adequado da doença*

6. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em risco de morte?

() sim. Justificativa:

(X) não. Justificativa:

7. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em agravamento da doença?

(X) sim. Justificativa: *Pelo não controle das glicemias.*

() não. Justificativa:

8. Declaro, por fim, que não possuo qualquer interesse na prescrição do medicamento/insumo, que não a saúde do paciente, bem como não mantenho qualquer vínculo com a indústria farmacêutica, de órteses, próteses e materiais especiais, distribuidores e em pesquisa clínica relacionada à esta prescrição: (X) Sim () Não.

Médico Prescritor (carimbo e assinatura):

Data: *19/05/25*

Renata Osako
Médica
CRM-SC: 35062

PARA PREENCHIMENTO PELO REQUERENTE:

9. O requerente possui convênio particular de saúde? () Sim. Qual: _____ () Não.

9.1. Houve a tentativa de obter o medicamento pelo convênio? () Sim () Não.

9.2. Houve negativa? () Sim () Não.

9.3. Negativa: () Verbal () Escrita. Data: _____

10. O requerente buscou obter o medicamento pelo SUS? () Sim () Não.

10.1. Houve negativa? () Sim () Não.

10.2. Em caso afirmativo:

() Município: _____ () Verbal () Escrita Data: _____

() Estado: _____ () Verbal () Escrita Data: _____

() União () Verbal () Escrita Data: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo: () Sim () Não.

Assinatura do Requerente: _____

Data: _____

1 DCB/DCI: Denominação Comum Brasileira ou, na falta desta, Denominação Comum Internacional.

2 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

3 REMUME: Relação Municipal de Medicamentos / RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.



Prefeitura Municipal de Rio Negrinho
Secretaria da Saúde - SUS
Centro Integrado De Saude
AV Richard Schweitzer Albuquerque, 40 -
Centro - CEP: 89295000
RIO NEGRINHO - SC, Fone: (47) 3646-
4101

Identificação:
4520-1659719-1

Código:
eb0eb9



Atestado N° 1659719 - 1ª Via

Paciente: **Maria Izabel Ribas Machado**
CPF: **034.845.479-10**

Atesto para fins de Afastamento do Trabalho, que a Sra. **Maria Izabel Ribas Machado (Matrícula: 62692)** foi atendida no dia 23/04/2026 às 11:13 horas, necessitando de 1 Dia de afastamento das atividades, para tratamento médico.

CID10: E119

(CID com Consentimento do Paciente)

Maria Izabel Ribas Machado

Renata J Osako
Médica
CRM 35062

Renata Yuriiko Janiques Osako - CRM/SC: 35062

O presente documento pode ser validado pelo QR Code ou no site:
<https://www.olostech.com.br/portaldocumentos>