



**Cris Aparecida** está com **Dirce Aparecida** e outras 5 pessoas.



4 h · 👤

Tem mais de um mês que pedir pra molhar a rua aqui no Berizal,tá aí minha filha com pneumonia,mas duas crianças pequenas de 6 meses ,12 meses com problema por causa da poeira,e outro com 6 anos e não vamos esquecer que tem uma senhora de 73 anos com problemas respiratório,então né o que custa será que a prefeitura está sem dinheiro gastou tanto assim que não dá pra pagar para vim molhar a rua ! Ou posso entender por ser um bairro pequeno não tem importância,os outros bairros maiores é mais importante do que aqui,não estou pedindo dinheiro,nada apenas que dê um pouco de atenção pra nós aqui !

HOSPITAL: SCMC - HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITÁRIO  
 END: AVENIDA GRANDEIRO GUIMARÃES, Nº 270 - CENTRO - CEP: 12020130 CIDADE: TAUBATÉ-SP  
 (12) 3607-1040

1ª VIA: RETENÇÃO DA FÁBRICA OU DROGARIA  
 2ª VIA: ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Nome do Emitente: LUIZ CARLOS RENTO  
 Nº: 3616880  
 UF: SP  
 Endereço completo e telefone:  
 Cidade: UF:

Paciente: MICAELY MARIA DE SOUZA LEONEL - RG: 68383533 CPF: 36641895829  
 Nome social:  
 Endereço: AREA RURAL, nº - AREA RURAL DE TREMÊMBE - TREMÊMBE - CEP: 12129899

Prescrição: USO INTERNO  
 1- CEFACLOR 375 MG  
 DAR POR BOCA 5,0 ML DE 12/12 HS POR 10 DIAS

2- PREDNISOLONA 1MG/3MG  
 DAR POR BOCA 7,0 ML 1X AO DIA POR 4 DIAS

3- PARACETANOL/DIPIRONA  
 DAR POR BOCA 21 GOTAS DE 6/6 HS SE FEBRE OU DOR

USO EXTERNO  
 1- SORO FISIOLÓGICO 0,9% PARA LIMPEZA NASAL

USO INALATORIO  
 1- AEROLIN SPRAY FAZER OS PUFFS COM ESPALHADOR-6/6 HS POR 4 DIAS

Convênio: SUS - AMBULATORIO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Ident.: \_\_\_\_\_  
 Org. Emissor: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Ident.: \_\_\_\_\_  
 Org. Emissor: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO FARMACEUTICO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

Carta Postal nº 071 - Fone: (12) 3607-1000 - Fax: 3607-1040  
 e-mail: tremembe@tremembe.sp.gov.br - Site: www.tremembe.sp.gov.br  
 Secretaria da Saúde

**RECEITA**

Para: Juarez A.A. Corvelho Idade: \_\_\_\_\_  
 Endereço: Tremembé rural (6A)

5ml de  
tempo de PULMICORT  
0,25mg

Pulone gots (1mg) - 1 unidade  
Tous 6 gotas v.o 12/12 (6A)

Assinatura do Médico - CRM nº \_\_\_\_\_ Data: 01/09/2021

