



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

OFÍCIO N. 8.582/CGJ/SESAU

Campo Grande, 20 de setembro de 2021.

010111
1101
Senhor Presidente:

Considerando a reunião do Comitê Estadual do Judiciário para a Saúde realizada em 20/08/2021, tendo como pauta, entre outras matérias, a prescrição impressa/legível no âmbito das unidades da SESAU, encaminhamos a V. Exa. informações prestadas pelas áreas técnicas da SESAU, dando conta das orientações realizadas aos profissionais prescritores, bem como do andamento dos processos de aquisição de equipamentos de informática.

Sem mais para o momento, apresentamos nossos protestos de estima e consideração e colocamo-nos à disposição para qualquer outro esclarecimento que se fizer necessário.

Ofício redigido na Coordenadoria-Geral Jurídica da SESAU, de lavra do servidor Mario Lanza Filho.

Atenciosamente,


José Mauro Pinto de Castro Filho
Secretário Municipal de Saúde

Ao Excelentíssimo Senhor Desembargador Nélio Stábile
Presidente - Comitê Estadual Do Fórum Judiciário Para A Saúde
Av. Mato Grosso, Bloco 13 - 79031-902 - Bairro: Parque dos Poderes - Campo Grande / MS

RUA BAHIA, 280 - CENTRO - CEP: 79002530 - Fone: (67)3314-3000 - E-mail: ouvidoria@sesau.campogrande.ms.gov.br



9057c7126bb4d834f9875266a0b08b8e6cb70db3



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

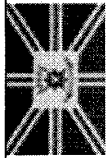
Campo Grande, 17 de setembro de 2021.

Em atenção a CI nº 19.912/CGJ/SESAU/2021, seguem documentos comprobatórios quanto ao envio de orientações para prescrição legível aos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Atenção Básica, Atenção Especializada, Atenção às Urgências, Atenção Psicossocial, Atenção Odontológica e equipes NASF-AP, bem como a cópia do EDOC 665/2019 enviado para as Coordenadorias e Distritos Sanitários com as informações necessárias e modelos de receituários elaborados pela CRAB.

Atenciosamente,

Ana Paula G. de Lima Resende
Superintendência da Rede de Atenção à Saúde
SRAS/SESAU/PMCG

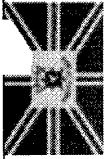
Ana Paula Gonçalves de Lima Resende
Superintendência da Rede de Atenção à Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
 Secretaria Municipal de Saúde Pública
 CNPJ: 03.501.509/0001-06
 UNIDADE DE SAÚDE XXXXXXXXXX



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
 Secretaria Municipal de Saúde Pública
 CNPJ: 03.501.509/0001-06
 UNIDADE DE SAÚDE XXXXXXXXXX



NOME: _____

PRONTUÁRIO: _____

Uso Oral

- MEDICAMENTO 1 XXmg -----Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de ____/____ horas.
- MEDICAMENTO 2 XXmg -----Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de ____/____ horas.
- MEDICAMENTO 3 XXmg -----Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de ____/____ horas.
- MEDICAMENTO 4 XXmg -----Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de ____/____ horas.
- MEDICAMENTO 5 XXmg -----Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de ____/____ horas.
- MEDICAMENTO 6 XXmg -----Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de ____/____ horas.

NOME: _____

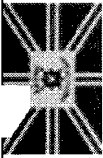
PRONTUÁRIO: _____

Uso Oral

- MEDICAMENTO 1 XXmg -----Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de ____/____ horas.
- MEDICAMENTO 2 XXmg -----Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de ____/____ horas.
- MEDICAMENTO 3 XXmg -----Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de ____/____ horas.
- MEDICAMENTO 4 XXmg -----Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de ____/____ horas.
- MEDICAMENTO 5 XXmg -----Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de ____/____ horas.
- MEDICAMENTO 6 XXmg -----Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de ____/____ horas.

ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE

ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
 Secretaria Municipal de Saúde Pública
 CNPJ: 03.501.509/0001-06
 UNIDADE DE SAÚDE XXXXXXXXXXXX



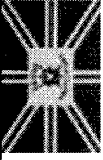
NOME: _____

PRONTUÁRIO: _____

Uso Oral

- Losartana 50mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas.
- KCL xp ----- Total de _____
 Tomar _____ ml Via Oral após o _____
- Hidroclorotiazida 25mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral _____
- Captopril 25 mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas.
- Furosemida 40mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas.
- Metildopa 250mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas
- Antodipino 5mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas.
- AAS 100mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral após o almoço.
- Atenolol 50mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas.
- Glibenclâmida 5mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral antes do _____
- Metformina 850mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas
- Sinvastatina 20mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp VO a noite.
- Propranolol 40mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp VO de _____ / _____ horas.

ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
 Secretaria Municipal de Saúde Pública
 CNPJ: 03.501.509/0001-06
 UNIDADE DE SAÚDE XXXXXXXXXXXX



NOME: _____

PRONTUÁRIO: _____

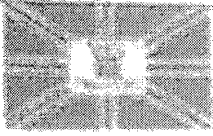
Uso Oral

- Losartana 50mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas.
- KCL xp ----- Total de _____
 Tomar _____ ml Via Oral após o _____
- Hidroclorotiazida 25mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral _____
- Captopril 25 mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas.
- Furosemida 40mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas.
- Metildopa 250mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas
- Antodipino 5mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas.
- AAS 100mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral após o almoço.
- Atenolol 50mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas.
- Glibenclâmida 5mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral antes do _____
- Metformina 850mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp Via Oral de _____ / _____ horas
- Sinvastatina 20mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp VO a noite.
- Propranolol 40mg ----- Total de _____
 Tomar _____ cp VO de _____ / _____ horas.

ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE

ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE

ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE

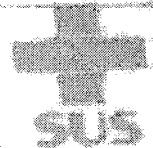


PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

Secretaria Municipal de Saúde Pública

CNPJ: 03.501.509/0001-06

UNIDADE DE SAÚDE XXXXXXXXXX



NOME: Jose da Silva

PRONTUÁRIO: 432121

Uso Oral

- Losartana 50mg ----- Total de 180 cp
Tomar 1 cp Via Oral de 12 / 12 horas.
- KCL xp ----- Total de _____
Tomar _____ ml Via Oral após o _____
- Hidroclorotiazida 25mg ----- Total de _____
Tomar _____ cp Via Oral _____
- Captopril 25 mg ----- Total de 270 cp
Tomar 1 cp Via Oral de 8 / 8 horas.
- Furosemida 40mg ----- Total de _____
Tomar _____ cp Via Oral de 1 horas.
- Metildopa 250mg ----- Total de _____
Tomar _____ cp Via Oral de 1 horas
- Anlodipino 5mg ----- Total de 180 cp
Tomar 1 cp Via Oral de 12 / 12 horas.
- AAS 100mg ----- Total de 90
Tomar 1 cp Via Oral após o almoço.
- Atenolol 50mg ----- Total de _____
Tomar _____ cp Via Oral de 1 horas.
- Glibenclâmida 5mg ----- Total de _____
Tomar _____ cp Via Oral antes do _____
- Metformina 850mg ----- Total de 270 cp
Tomar 1 cp Via Oral de 8 / 8 horas
- Sinvastatina 20mg ----- Total de _____
Tomar _____ cp VO a noite.
- Propranolol 40mg ----- Total de _____
Tomar _____ cp VO de 1 horas.

ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE