



SECRETARIA DE SAÚDE.....  
 Autoridade Sanitária.....

Carimbo da Unidade de Saúde

Nome da Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Município e Unidade Federal: \_\_\_\_\_

EXECÍCIO: \_\_\_\_\_

PERÍODO TRIMESTRAL: \_\_\_\_\_

**MAPA TRIMESTRAL DO CONSOLIDADO DAS  
 PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS SUJEITOS  
 A CONTROLE ESPECIAL - MCPM**

TALIDOMIDA

MESES	Nº DE ATENDIMENTOS		QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS POR PROGRAMA			TOTAL
	Nº DE PACIENTES ATENDIDOS	Nº NOTIFICAÇÕES ATENDIDAS	HANSENÍASE	AIDS	DOENÇA CRÔNICO DEGENERATIVA	
<b>TOTAL</b>						

Nome/RG do Responsável Técnico \_\_\_\_\_

RECEBIDO POR: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ ÓRGÃO/SETOR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

CONFERIDO POR: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ ÓRGÃO/SETOR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_