

VITORIA BARBOSA SAMPAIO

CPF: 003.096.232-35

Celular: (92) 99315-3965

Endereço: Av. Heráclito Graça, 406, Centro, Fortaleza - CE, 60140-061

Tipo de atendimento: Eletiva

Dispense os medicamentos acessando
<https://teleprescricoes.hapvidandi.com.br>, ou



Código da receita: WDM3244

Medicamentos

HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA - - HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA - 25 MG COM REV CT BL AL PLAS OPC X 30

Quantidade: 1

Posologia: TOMAR 1 CP À NOITE.

Data de emissão: 06/01/2026

DANIEL ALENCAR DE ARAUJO

CRM 21892CE - PSIQUIATRIA

**DANIEL ALENCAR DE
ARAUJO: 024.453.493-46**



Digitally signed by DANIEL
ALENCAR DE
ARAUJO:024.453.493-46-
06/01/2026

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTICAÇÃO DE EMITENTE

1ª VIA FARMÁCIA

NOME COMPLETO:

DANIEL ALENCAR DE ARAUJO

CRM: 21892

UF: CE

ENDEREÇO COMPLETO:

Av. Paulista, 867 - Bela Vista

CIDADE São Paulo **UF:** SP**TELEFONE:** (92) 99315-3965**PACIENTE:** VITORIA BARBOSA SAMPAIO**ENDEREÇO:** Av. Heráclito Graça, 406 - Centro - - 60140--061 - Fortaleza-CE**PRESCRIÇÃO:**HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA - - HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA - 25 MG COM REV **QUANTIDADE:1**
CT BL AL PLAS OPC X 30

TOMAR 1 CP À NOITE.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____ Identidade: _____ Órg Emissor: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	Assinatura do farmacêutico _____ / _____ / _____ Data _____ / _____ / _____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTICAÇÃO DE EMITENTE

NOME COMPLETO:

DANIEL ALENCAR DE ARAUJO

CRM: 21892**UF:** CE**ENDEREÇO COMPLETO:**

Av. Paulista, 867 - Bela Vista

CIDADE São Paulo**UF:** SP**TELEFONE:** (92) 99315-3965**2^a VIA PACIENTE****PACIENTE:** VITORIA BARBOSA SAMPAIO**ENDEREÇO:** Av. Heráclito Graça, 406 - Centro - - 60140--061 - Fortaleza-CE**PRESCRIÇÃO:**HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA - - HEMIFUMARATO DE QUETIAPINA - 25 MG COM REV **QUANTIDADE:1**
CT BL AL PLAS OPC X 30

TOMAR 1 CP À NOITE.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Nome: _____

Identidade: _____ Órg Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Assinatura do
farmacêutico

Data