

Nome: Giovana Perazzolo Menato

CPF: 469.036.188-64

Data e hora: 30/01/2023 - 15:52:12 (GMT-3)

1. Oxalato de escitalopram 10mg, Comprimido revestido (60un) _____ 1 embalagem
Oxalato de escitalopram 10mg

Depois, tomar 0,5 (meio) cp por 6 (seis) dias e depois tomar 1 cp ao acordar após refeição até o retorno.

2. Rivotril 0,25mg, Comprimido sublingual (30un) _____ 2 embalagens
Clonazepam 0,25mg

Tomar 1 cp se crises de ansiedade. Tomar no máximo 2x por dia. Não misturar com álcool, não dirigir caso tome essa medicação.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code
Endereço: Rua Teodoro Sampaio, 744 cj102
Assinado digitalmente por **Raphael Nacarelli Salgado - CRM 183747 SP**
Token (Farmácia): **jL46yb** - Código de desbloqueio (Paciente): **0535**

Agende a sua próxima visita na www.doctoralia.com.br

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Raphael Nacarelli Salgado
CRM: 183747 SP
Endereço: Rua Teodoro Sampaio, 744 cj102
Telefone: (11) 9525-14939
Cidade e UF: São Paulo - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**DATA:** 30/01/2023

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA**Paciente:** Giovana Perazzolo Menato**CPF:** 469.036.188-64**Endereço:** Estrada do Lutero, Cotia**Oxalato de escitalopram 10mg**, Comprimido revestido (60un) _____ 1 embalagem

Oxalato de escitalopram 10mg

Depois, tomar 0,5 (meio) cp por 6 (seis) dias e depois tomar 1 cp ao acordar após refeição até o retorno.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
RG:
Endereço:
Telefone:
Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Raphael Nacarelli Salgado
CRM: 183747 SP
Endereço: Rua Teodoro Sampaio, 744 cj102
Telefone: (11) 9525-14939
Cidade e UF: São Paulo - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 30/01/2023

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Giovana Perazzolo Menato

CPF: 469.036.188-64

Endereço: Estrada do Lutero, Cotia

Oxalato de escitalopram 10mg, Comprimido revestido (60un) _____ 1 embalagem

Oxalato de escitalopram 10mg

Depois, tomar 0,5 (meio) cp por 6 (seis) dias e depois tomar 1 cp ao acordar após refeição até o retorno.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
RG:
Endereço:
Telefone:
Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO