

Nome: Adriel Cruz De Melo**CPF Paciente:** 476.619.538-89 **Data de nascimento:** 13/10/1997**Endereço:** Rua Café Natal, 198. São Paulo. Cep: 04863-450

RECEITUÁRIO

1) Via: Oral

PREDNISONA 20mg - COMPRIMIDO

Uso: tomar 01 cp de 12/12 hs por 3 dias

2) Via: Oral

IVERMECTINA 6mg - COMPRIMIDO

Uso: tomar 2,5 cp dose unica. repetir a dose apos 15 dias.

3) Via: Uso Externo

FUROATO DE MOMETASONA 1mg/g - CREME DERMATOLÓGICO

Uso: passar nas lesoes 2 vezes ao dia por 10 dias

Assinado digitalmente em:
17/12/2019 às 16:06:54 por:
Dra. Daniely Ferreira Rolino Nauff
CRM-SP 126151**CHAVE:** QjjCw1rS\$.dwODM0N
<https://valida.drconsulta.com>

Receituário Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



UNIDADE SP MARKET

CNPJ 14.245.016/0014-93

Av das Nações Unidas, 22540 - Jurubatuba. São Paulo/SP

CENTRAL DE ATENDIMENTO: 4090-1510

www.drconsulta.com

1ª Via
Retenção na
Farmácia ou
Drogaria

Paciente: Adriel Cruz De Melo

Endereço: Rua Café Natal, 198. São Paulo. Cep: 04863-450

1) Via: Oral

CEFALEXINA 500mg - CÁPSULA

Uso: tomar 01 cp de 6/6 hs por 10 dias

Assinado digitalmente em:
17/12/2019 às 16:06:54 por:
Dra. Daniely Ferreira Rolino Nauff
CRM-SP 126151

CHAVE: QjjCw1rS\$.dwODM0N
<https://valida.drconsulta.com>



Data 17/12/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Ident. _____ Org. Emissor _____

End. completo _____

Telefone _____

Cidade _____ UF _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data ____/____/____

Receituário Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



UNIDADE SP MARKET

CNPJ 14.245.016/0014-93

Av das Nações Unidas, 22540 - Jurubatuba. São Paulo/SP

CENTRAL DE ATENDIMENTO: 4090-1510

www.drconsulta.com

2ª Via
Orientação ao
Paciente

Paciente: Adriel Cruz De Melo

Endereço: Rua Café Natal, 198. São Paulo. Cep: 04863-450

1) Via: Oral

CEFALEXINA 500mg - CÁPSULA

Uso: tomar 01 cp de 6/6 hs por 10 dias

Assinado digitalmente em:
17/12/2019 às 16:06:54 por:
Dra. Daniely Ferreira Rolino Nauff
CRM-SP 126151

CHAVE: QjjCw1rS\$.dwODM0N
<https://valida.drconsulta.com>



Data 17/12/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Ident. _____ Org. Emissor _____

End. completo _____

Telefone _____

Cidade _____ UF _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data ____/____/____