

Nome: CLAUDNEI RODRIGUES

CPF: 049.173.150-77

Data e hora: 29/03/2025 - 18:31:00 (GMT-3)

1. Cloridrato de sertralina 50mg, Comprimido revestido 60 comprimidos

Tomar 02 comprimidos, via oral, pela manhã.

2. Hemifumarato de quetiapina 25mg, Comprimido revestido 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, via oral, antes de dormir.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Rua Magid Antônio Calil

Assinado digitalmente por **Rhayane da Silva Paiva - Pacientes a partir 16 anos - CRM 35575 PE**

Token (Farmácia): **xwioYL** - Código de desbloqueio (Paciente): **3323**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Rhayane da Silva Paiva - Pacientes a partir 16 anos
CRM: 35575 PE
Endereço: Rua Magid Antônio Calil
Telefone: (16) 99621-0577
Cidade e UF: Ribeirão Preto - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 29/03/2025
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: CLAUDNEI RODRIGUES
CPF: 049.173.150-77
Endereço: Rua homero batista , 198 - Guadalajara, Gravataí

Cloridrato de sertralina 50mg, Comprimido revestido

60 comprimidos

Tomar 02 comprimidos, via oral, pela manhã.

Hemifumarato de quetiapina 25mg, Comprimido revestido

30 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, via oral, antes de dormir.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Rhayane da Silva Paiva - Pacientes a partir 16 anos
CRM: 35575 PE
Endereço: Rua Magid Antônio Calil
Telefone: (16) 99621-0577
Cidade e UF: Ribeirão Preto - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 29/03/2025
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: CLAUDNEI RODRIGUES
CPF: 049.173.150-77
Endereço: Rua homero batista , 198 - Guadalajara, Gravataí

Cloridrato de sertralina 50mg, Comprimido revestido

60 comprimidos

Tomar 02 comprimidos, via oral, pela manhã.

Hemifumarato de quetiapina 25mg, Comprimido revestido

30 comprimidos

Tomar 01 comprimido ao dia, via oral, antes de dormir.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

