



Av. Heráclito Graça, 1001 - Fortaleza, Fortaleza-CE, CEP: 60140-090 | Telefone: (85) 94002-3633

KLYVIA SUNNALLY DE ALMEIDA

CPF: 004.907.903-48

Celular: (84) 98713-7354

Endereço: SAO GERALDO, 87, QUINTAS, Natal - RN, 59035-260

Tipo de atendimento: Eletiva

Dispense os medicamentos acessando
<https://tinyurl.com/2ly9cged> ou



Código da receita: FEY5751

Medicamentos

**DESVE - 50 MG COM REV LIB PROL CT BL AL PLAS PVC/PVDC X 30 - EUROFARMA
LABORATÓRIOS S.A. - Similar**

Posologia: tomar 1 cp. após o café

Quantidade: 2

Data de emissão: 18/04/2023

THIAGO PAES DE ANDRADE RODRIGUES
CRM 12625CE - PSQUIATRIA

**THIAGO PAES DE
ANDRADE
RODRIGUES:**



Digitally signed by
THIAGO PAES DE
ANDRADE RODRIGUES:

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DE EMITENTE

1ª VIA FARMÁCIA

NOME COMPLETO:

THIAGO PAES DE ANDRADE RODRIGUES

CRM: 12625

UF: CE

ENDEREÇO COMPLETO:

Av. Heráclito Graça, 1001 - Fortaleza

CIDADE Fortaleza

UF: CE

TELEFONE: (84) 98713-7354

PACIENTE KLYVIA SUNNALLY DE ALMEIDA GUIMARAES

ENDEREÇO: SAO GERALDO, 87 - QUINTAS - - 59035--260 - Natal-RN

PRESCRIÇÃO:

DESVE - 50 MG COM REV LIB PROL CT BL AL PLAS PVC/PVDC X 30 - EUROFARMA
LABORATÓRIOS S.A. - Similar

QUANTIDADE: 2

tomar 1 cp. após o café

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Identidade: _____ Órg Emissor:

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Assinatura do
farmacêutico

____/____/____
Data

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DE EMITENTE

2ª VIA PACIENTE

NOME COMPLETO:

THIAGO PAES DE ANDRADE RODRIGUES

CRM: 12625

UF: CE

ENDEREÇO COMPLETO:

Av. Heráclito Graça, 1001 - Fortaleza

CIDADE Fortaleza

UF: CE

TELEFONE: (84) 98713-7354

PACIENTE KLYVIA SUNNALLY DE ALMEIDA GUIMARAES

ENDEREÇO: SAO GERALDO, 87 - QUINTAS - - 59035--260 - Natal-RN

PRESCRIÇÃO:

DESVE - 50 MG COM REV LIB PROL CT BL AL PLAS PVC/PVDC X 30 - EUROFARMA
LABORATÓRIOS S.A. - Similar

QUANTIDADE: 2

tomar 1 cp. após o café

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Identidade: _____ Órg Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Assinatura do
farmacêutico

____/____/____
Data