

ANDRE REI SHOURTY FREITAS

CPF: 067.540.899-70

Celular: (41) 99631-5162

Endereço: RUA RUBENS JOAO HENRIQUE PLOIS, 173, CAJURU, Curitiba - PR,

Tipo de atendimento: Eletiva

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

Código da receita: JWZ5363

Medicamentos

**PREGABALINA - 150 MG CAP DURA CT BL AL PLAS TRANS X 60 - RANBAXY
FARMACÊUTICA LTDA - Genérico**

Posologia: Tomar 01 comprimido, 02 x ao dia., por 30 dias

Quantidade: 1

Data de emissão: 21/12/2023

LUIZ FÁBIO AZEVEDO LIMA

CRM 8261CE - CLÍNICA MÉDICA

**LUIZ FÁBIO AZEVEDO
LIMA: 461.913.993-91**Digitally signed by LUIZ
FÁBIO AZEVEDO
LIMA:461.913.993-91-

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DE EMITENTE

1ª VIA FARMÁCIA

NOME COMPLETO:

LUIZ FÁBIO AZEVEDO LIMA

CRM: 8261 **UF:** CE

ENDEREÇO COMPLETO:

XV de Novembro, 575 - Centro

CIDADE Curitiba **UF:** PR

TELEFONE: (41) 99631-5162

PACIENTE ANDRE REI SHOURTY FREITAS

ENDEREÇO: RUA RUBENS JOAO HENRIQUE PLOIS, 173 - CAJURU - - 82980--450 - Curitiba-PR

PRESCRIÇÃO:

PREGABALINA - 150 MG CAP DURA CT BL AL PLAS TRANS X 60 - RANBAXY

QUANTIDADE: 1

FARMACÊUTICA LTDA - Genérico

Tomar 01 comprimido, 02 x ao dia.

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:

LUIZ FÁBIO AZEVEDO LIMA

CRM: 8261

UF: CE

ENDEREÇO COMPLETO:

XV de Novembro, 575 - Centro

CIDADE Curitiba

UF: PR

TELEFONE: (41) 99631-5162

PACIENTE ANDRE REI SHOURTY FREITAS

ENDEREÇO: RUA RUBENS JOAO HENRIQUE PLOIS, 173 - CAJURU - - 82980--450 - Curitiba-PR

PRESCRIÇÃO:

PREGABALINA - 150 MG CAP DURA CT BL AL PLAS TRANS X 60 - RANBAXY

QUANTIDADE: 1

FARMACÊUTICA LTDA - Genérico

Tomar 01 comprimido, 02 x ao dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Identidade: _____ Órg Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Assinatura do
farmacêutico

____/____/____
Data