

Nome: MIRELLE BUENO

CPF: 008.548.218-80

Data e hora: 17/06/2023 - 09:48:57 (GMT-3)

1. **Cloridrato de trazodona 50mg**, Comprimido (60un) Torrent ..... 1 embalagem  
Cloridrato de trazodona 50mg  
Tomar 1 comprimido via oral 1 x / noite



**MEMED** - Acesso à sua receita digital via QR Code  
Endereço: Alameda Vicente Pinzon, 54 - 12 andar - Vila Olímpia, São Paulo - SP, 04547-130  
Assinado digitalmente por **Evandro Paulo - CRM 227799 SP**  
Token (Farmácia): **ce21Mu** - Código de desbloqueio (Paciente): **9873**

\*Para validar assinatura deste documento, acesse <https://validador.memed.com.br> | Token: ce21Mu

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome:

Evandro Paulo

CRM:

227799 SP

Endereço:

Alameda Vicente Pinzon, 54 - 12  
andar - Vila Olímpia, São Paulo - SP,  
04547-130

Telefone:

(11) 4200-0141

Cidade e UF:

São Paulo - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 17/06/2023  
1a. via farmácia  
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: MIRELLE BUENO  
CPF: 008.548.218-80  
Endereço: Rua Kara, 285, Jardim do Mar, São Bernardo do Campo - SP, São Bernardo do Campo

Cloridrato de trazodona 50mg, Comprimido (60un) Torrent ..... 1 embalagem  
Cloridrato de trazodona 50mg

Tomar 1 comprimido via oral 1 x / noite

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG:

Endereço:

Telefone:

Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome:

Evandro Paulo

CRM:

227799 SP

Endereço:

Alameda Vicente Pinzon, 54 - 12  
andar - Vila Olímpia, São Paulo - SP,  
04547-130

Telefone:

(11) 4200-0141

Cidade e UF:

São Paulo - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 17/06/2023  
1a. via farmácia  
2a. via paciente

Paciente: MIRELLE BUENO  
CPF: 008.548.218-80  
Endereço: Rua Kara, 285, Jardim do Mar, São Bernardo do Campo - SP, São Bernardo do Campo

ASSINATURA

Cloridrato de trazodona 50mg, Comprimido (60un) Torrent ..... 1 embalagem  
Cloridrato de trazodona 50mg  
Tomar 1 comprimido via oral 1 x / noite

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG:

Endereço:

Telefone:

Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO