

Nome: Beatriz Gomes de Souza

CPF: 188.929.696-17

Data e hora: 03/03/2026 - 15:35:53 (GMT-3)

1. Aripiprazol 20mg/mL, Suspensão gotas

uso contínuo

Dar 5 gts de manhã e 5 gotas a noite

2. Risperidona 1mg/mL, Solução oral

uso contínuo

Dar 1,5ml de manhã e 1,5ml a noite

3. Melatonina 6mg/ml

uso contínuo

Dar 1ml 1 hora antes de dormir

4. Ácido valpróico 250mg/5mL, Xarope

uso contínuo

Dar 3ml de 12/12 horas

5. Nabix 1.500 mg Full Spectrum, Solução oral (1un de 30mL) FarmaUSA

3 embalagens

Canabidiol (CBD) 50mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 1,5mg/mL

Dar 0,25ml a noite

Após 7 dias dar 0,25ml de 12/12 horas



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Rua Juiz de Fora, 673, Barro Preto

Assinado digitalmente por **Igor Loureiro Dos santos - CRM 81439 MG**

Token (Farmácia): **ro7rLC** - Código de desbloqueio (Paciente): **4385**



Dr. Igor Loureiro Dos santos
CRM: 81439MG

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Igor Loureiro Dos santos
CRM: 81439 MG
Endereço: Rua Juiz de Fora, 673, Barro Preto
Telefone: (31) 97256-1626
Cidade e UF: Belo Horizonte - MG

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 03/03/2026 15:35:53 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

Beatriz Gomes de Souza
CPF: 188.929.696-17
Endereço: Juiz de Fora, 673, Belo Horizonte

ASSINATURA

Aripiprazol 20mg/mL, Suspensão gotas

uso contínuo

Dar 5 gts de manhã e 5 gotas a noite

Risperidona 1mg/mL, Solução oral

uso contínuo

Dar 1,5ml de manhã e 1,5ml a noite

Ácido valpróico 250mg/5mL, Xarope

uso contínuo

Dar 3ml de 12/12 horas

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO



Dr. Igor Loureiro Dos santos
CRM: 81439MG

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Igor Loureiro Dos santos
CRM: 81439 MG
Endereço: Rua Juiz de Fora, 673, Barro Preto
Telefone: (31) 97256-1626
Cidade e UF: Belo Horizonte - MG

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 03/03/2026 15:35:53 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

Beatriz Gomes de Souza
CPF: 188.929.696-17
Endereço: Juiz de Fora, 673, Belo Horizonte

ASSINATURA

Aripiprazol 20mg/mL, Suspensão gotas

uso contínuo

Dar 5 gts de manhã e 5 gotas a noite

Risperidona 1mg/mL, Solução oral

uso contínuo

Dar 1,5ml de manhã e 1,5ml a noite

Ácido valpróico 250mg/5mL, Xarope

uso contínuo

Dar 3ml de 12/12 horas

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO