



Dr. Igor Loureiro Dos santos

CRM: 81439MG

Nome: Caio Almeida Esteves

CPF: 063.655.146-62

Data e hora: 23/03/2026 - 19:17:42 (GMT-3)

1. 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 e 12/12 horas

Após 7 dias dar 0,5ml de 12/12 horas

2. Arpejo 20mg/mL, Suspensão gotas (1un de 15mL) EMS uso contínuo

Aripiprazol 20mg/mL

Dar 7gts manhã e 10gts noite

Após 7 dias dar 10gts 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): **AUIPsB** - Código de desbloqueio (Paciente): **4234**



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: 23/03/2026 19:17:42 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Caio Almeida Esteves
CPF: 063.655.146-62
Endereço: Não há endereço cadastrado

Arpejo 20mg/mL, Suspensão gotas (1un de 15mL) EMS
Aripiprazol 20mg/mL

uso contínuo

Dar 7gts manhã e 10gts noite
Após 7 dias dar 10gts 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: 23/03/2026 19:17:42 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Caio Almeida Esteves
CPF: 063.655.146-62
Endereço: Não há endereço cadastrado

Arpejo 20mg/mL, Suspensão gotas (1un de 15mL) EMS
Aripiprazol 20mg/mL

uso contínuo

Dar 7gts manhã e 10gts noite
Após 7 dias dar 10gts de 12/12 horas

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO