

Nome: Rian Souza Silva

CPF: 171.657.806-02

Data e hora: 14/04/2026 - 09:29:42 (GMT-3)

1. Risperidona 1mg/mL, Solução oral

uso contínuo

Dar 1,5ml de 12/12 horas

2. Nabix Full Spectrum 1500mg, Óleo (1un de 30mL) Urbanbox

3 embalagens

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

Dar 0,25ml de 12/12 horas

Após 7 dias dar 0,5ml de 12/12 horas

3. Atentah 18mg, Cápsula dura (30un) Apsen

uso contínuo

Cloridrato de atomoxetina 18mg

Dar 02cps de manhã



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): **61Dd7p** - Código de desbloqueio (Paciente): **3325**



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: 14/04/2026 09:29:42 ^(GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Rian Souza Silva
CPF: 171.657.806-02
Endereço: Al oscar niemeyer, Nova Lima

Risperidona 1mg/mL, Solução oral

uso contínuo

Dar 1,5ml de 12/12 horas

Atentah 18mg, Cápsula dura (30un) Apsen
Cloridrato de atomoxetina 18mg

uso contínuo

Dar 02cps de manhã

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: 14/04/2026 09:29:42 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Rian Souza Silva
CPF: 171.657.806-02
Endereço: Al oscar niemeyer, Nova Lima

Risperidona 1mg/mL, Solução oral

uso contínuo

Dar 1,5ml de 12/12 horas

Atentah 18mg, Cápsula dura (30un) Apsen
Cloridrato de atomoxetina 18mg

uso contínuo

Dar 02cps de manhã

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO