

Nome: Douglas Vinícius Russo

CPF: Não há CPF cadastrado

Data e hora: 26/01/2026 - 18:02:08 (GMT-3)

1. Succinato de desvenlafaxina monoidratado 100mg, Comprimido revestido de liberação controlada

Tomar 1 comprimido ao dia, via oral.

2. Neozine 25mg, Comprimido revestido (20un) Sanofi Medley

1 embalagem

Maleato de levomepromazina 25mg

1/2 comprimido vo a noite



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Rua Silvia Bueno

Assinado digitalmente por **GUSTAVO OEHLMEYER - CRM 175889 SP**

Token (Farmácia): **OyiHAV** - Código de desbloqueio (Paciente): **1023**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: GUSTAVO OEHLMEYER
CRM: 175889 SP
Endereço: Rua Silvia Bueno
Telefone: (19) 99155-0472
Cidade e UF: Jaguariúna - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 26/01/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Douglas Vinícius Russo
CPF: Não há CPF cadastrado
Endereço: Rua Ernesto Pilon, Pedreira

Succinato de desvenlafaxina monoidratado 100mg, Comprimido revestido de liberação controlada

Tomar 1 comprimido ao dia, via oral.

Neozine 25mg, Comprimido revestido (20un) Sanofi Medley
Maleato de levomepromazina 25mg

1 embalagem

1/2 comprimido vo a noite

Observação: Não autorizo substituição dos itens prescritos.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: GUSTAVO OEHLMEYER
CRM: 175889 SP
Endereço: Rua Silvia Bueno
Telefone: (19) 99155-0472
Cidade e UF: Jaguariúna - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 26/01/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Douglas Vinícius Russo
CPF: Não há CPF cadastrado
Endereço: Rua Ernesto Pilon, Pedreira

Succinato de desvenlafaxina monoidratado 100mg, Comprimido revestido de liberação controlada

Tomar 1 comprimido ao dia, via oral.

Neozine 25mg, Comprimido revestido (20un) Sanofi Medley
Maleato de levomepromazina 25mg

1 embalagem

1/2 comprimido vo a noite

Observação: Não autorizo substituição dos itens prescritos.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO