

Nome: Jennifer Meriene Marques da Silva

CPF: 108.655.694-10

Data e hora: 19/08/2025 - 07:57:56 (GMT-3)

1. Cloridrato de bupropiona 150mg, Comprimido revestido de liberação prolongada uso contínuo

Tomar 2 comprimidos pela manhã.

2. Atobach 1mg/g, Pomada dermatológica (1un de 30g) Under Skin 1 embalagem
Tacrolimo 1mg/g

Misturar a quantidade equivalente a um grão de ervilha com o seu hidratante e passar nas áreas afetadas pela dermatite.

3. Neutrogena versão Norueguesa uso contínuo

Espalhar pelo corpo 3 vezes ao dia. Em períodos de crise de dermatite, usar com tacrolimo ou clobetasol.

4. Propionato de clobetasol 0,5mg/g, Creme uso contínuo

Aplicar uma fina camada sobre a área afetada, 1 - 2 vezes ao dia, até a melhora do quadro.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Travessa Francisco Dutra

Assinado digitalmente por **Jonadab dos Santos Silva - CRM 5201223496 RJ**

Token (Farmácia): **ikyFhZ** - Código de desbloqueio (Paciente): **6942**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Jonadab dos Santos Silva
CRM: 5201223496 RJ
Endereço: Travessa Francisco Dutra
Telefone: (21) 99385-6776
Cidade e UF: Niterói - RJ

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 19/08/2025
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Jennifer Meriene Marques da Silva

CPF: 108.655.694-10

Endereço: Rua João Farias Lobo, 68, Maceió

Cloridrato de bupropiona 150mg, Comprimido revestido de liberação prolongada

uso contínuo

Tomar 2 comprimidos pela manhã.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Jonadab dos Santos Silva
CRM: 5201223496 RJ
Endereço: Travessa Francisco Dutra
Telefone: (21) 99385-6776
Cidade e UF: Niterói - RJ

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 19/08/2025
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Jennifer Meriene Marques da Silva

CPF: 108.655.694-10

Endereço: Rua João Farias Lobo, 68, Maceió

Cloridrato de bupropiona 150mg, Comprimido revestido de liberação prolongada

uso contínuo

Tomar 2 comprimidos pela manhã.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ **DATA**

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO