



Paciente: Jersica Rebeca da Cunha Paixao

CPF: 068.543.524-52

Data de Emissão: 25/06/2026

Data de Nascimento: 10/02/1990

Endereço: Rua Queira Deus, 178 Tejió Recife PE
50.930-180

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- **OXANDROLONA 4 MG** 180 cápsulas
1 comprimido de 8/8hs
- **TESTOSTERONA BASE PENTRAVAN 5 MGML** 60ML
Aplicar 1 pump pela manhã em região sem pêlos (face anterior do braço)
cid 10: M62
CPF: 54322693091



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: José Aldair Morsch
CRM e UF: RS 20142 - RS
Telefone: (54) 99339-2631
Cidade e UF: Erechim - RS
Endereço: Porto Alegre, 380

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Data: 25/06/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Jersica Rebeca da Cunha Paixao
CPF: 068.543.524-52
Endereço: Rua Queira Deus, 178 Tejipió - Recife - PE - 50.930-180

- **OXANDROLONA 4 MG**
1 comprimido de 8/8hs

180 cápsulas

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:
CRF e UF:
Farmácia:
Telefone:
Cidade e UF:
Endereço:



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: José Aldair Morsch
CRM e UF: RS 20142 - RS
Telefone: (54) 99339-2631
Cidade e UF: Erechim - RS
Endereço: Porto Alegre, 380

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Data: 25/06/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Jersica Rebeca da Cunha Paixao
CPF: 068.543.524-52
Endereço: Rua Queira Deus, 178 Tejipió - Recife - PE - 50.930-180

- **OXANDROLONA 4 MG**
1 comprimido de 8/8hs

180 cápsulas

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:
CRF e UF:
Farmácia:
Telefone:
Cidade e UF:
Endereço:



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: José Aldair Morsch
CRM e UF: RS 20142 - RS
Telefone: (54) 99339-2631
Cidade e UF: Erechim - RS
Endereço: Porto Alegre, 380

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Data: 25/06/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Jersica Rebeca da Cunha Paixao
CPF: 068.543.524-52
Endereço: Rua Queira Deus, 178 Tejipió - Recife - PE - 50.930-180

• **TESTOSTERONA BASE PENTRAVAN 5 MGML**

60ML

Aplicar 1 pump pela manhã em região sem pêlos (face anterior do braço)
cid 10: M62
CPF: 54322693091

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:
CRF e UF:
Farmácia:
Telefone:
Cidade e UF:
Endereço:



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: José Aldair Morsch
CRM e UF: RS 20142 - RS
Telefone: (54) 99339-2631
Cidade e UF: Erechim - RS
Endereço: Porto Alegre, 380

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Data: 25/06/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Jersica Rebeca da Cunha Paixao
CPF: 068.543.524-52
Endereço: Rua Queira Deus, 178 Tejipió - Recife - PE - 50.930-180

• **TESTOSTERONA BASE PENTRAVAN 5 MGML**

60ML

Aplicar 1 pump pela manhã em região sem pêlos (face anterior do braço)
cid 10: M62
CPF: 54322693091

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:
CRF e UF:
Farmácia:
Telefone:
Cidade e UF:
Endereço: