

Dra. Thayrine Luz

CRM: 40401/SC - Clínica Médica e Nutrologia

Nome: EMANUELA CARLOS DE OLIVEIRA

CPF: 048.112.533-70

1. Fórmula

uso contínuo

Bupropiona.....90mg

Naltrexona.....4mg

Comprimido

Tomar 01 comp vo após café da manhã por 15 dias e depois aumentar para 01 comp após café da manhã e 01 comp às 16h por 3 meses



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: R. João Planincheck, 618 - Nova Brasília, Jaraguá do Sul - SC, 89252-275

Assinado digitalmente por **Thayrine Luz - CRM 40401 SC**

Token (Farmácia): **eiFmsy** - Código de desbloqueio (Paciente): **6618**

Data e hora: 09/09/2026 - 10:21:37 (GMT-3)

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome:

Thayrine Luz

CRM:

40401 SC

Endereço:

R. João Planincheck, 618 - Nova Brasília,
Jaraguá do Sul - SC, 89252-275

Telefone:

(86) 98846-5582

Cidade e UF:

Jaraguá do Sul - SC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 09/09/2026 10:21:37 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

EMANUELA CARLOS DE OLIVEIRA
CPF: 048.112.533-70
Telefone: (85) 99162-6958
Endereço: -----, ---

ASSINATURA

Fórmula

uso contínuo

Bupropiona.....90mg
Naltrexona.....4mg
Comprimido

Tomar 01 comp vo após café da manhã por 15 dias e depois aumentar para 01 comp após café da manhã e 01 comp às 16h por 3 meses

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG:

Endereço:

Telefone:

Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome:

Thayrine Luz

CRM:

40401 SC

Endereço:

R. João Planincheck, 618 - Nova Brasília,
Jaraguá do Sul - SC, 89252-275

Telefone:

(86) 98846-5582

Cidade e UF:

Jaraguá do Sul - SC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 09/09/2026 10:21:37 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

EMANUELA CARLOS DE OLIVEIRA
CPF: 048.112.533-70
Telefone: (85) 99162-6958
Endereço: -----, ---

ASSINATURA

Fórmula

uso contínuo

Bupropiona.....90mg
Naltrexona.....4mg
Comprimido

Tomar 01 comp vo após café da manhã por 15 dias e depois aumentar para 01 comp após café da manhã e 01 comp às 16h por 3 meses

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG:

Endereço:

Telefone:

Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO