

Paciente:

RAISSA PEDROSA BAZILIO PORTO

CPF do Paciente:

103.175.737-64

Nascimento:

11/12/1983

Emissão:

09/03/2026 - 11:30:00

Endereço:

CAMPECHE, 1830, CAMPECHE - 88063300, FLORIANOPOLIS - SC

Você sabia que pode
acessar esta receita
no **seu celular?**



1 Escaneie o QR Code ou acesse:
re.mevosau.de.com.br/MVMSN46

2 Você pode baixar o PDF ou acessar a via digital
dos medicamentos prescritos sempre que
precisar

3 Seu código de acesso é: **1080**

Dipirona 500 mg, Comprimido (30un)

1 caixa

Tomar 2 comprimidos via oral se dor, desconforto. Pode tomar até 3x por dia.



Importante: Verifique a autenticidade e integridade do documento em: validar.iti.gov.br Assinado digitalmente conforme ICP-Brasil (MP 2.200-2/2001) por Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA em 09/03/2026 - 11:30:00

Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA | CRM 15898 SC Medicina de Família e Comunidade - RQE 10912

R. Madalena Barbi, 53 S/N Centro - FLORIANOPOLIS SC - CEP 88015190 Telefone: (48) 99829-1018

Farmacêutico, valide a receita digital em <https://farmacias.mevosaude.com.br>

Receituário Controle Especial

1º via da farmácia | 2º via do paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA

CRM 15898 SC | 10912

Telefone: (48) 99829-1018

R. Madalena Barbi, 53 S/N Centro - FLORIANOPOLIS SC - CEP 88015190

Sua receita foi enviada para o seu celular e pode ser acessada pelo QRCode. Acesse e aproveite as vantagens!



Token da receita: MVMSN46

Código de acesso: 1080

Emissão: 09/03/2026 - 11:30:00

Paciente:

RAISSA PEDROSA BAZILIO PORTO

Nascimento: 11/12/1983

CPF do Paciente: 103.175.737-64

Endereço: CAMPECHE, 1830, CAMPECHE - 88063300, FLORIANOPOLIS - SC

Cloridrato de Tramadol 50 mg, Cápsula dura (50un)

1 caixa

Tomar 1-2 cápsula junto com dipirona (paracetamol) via oral, até 3x/dia se necessário. Tomar 2 cps junto com a dipirona se dor forte.



Importante: Verifique a autenticidade e integridade do documento em: validar.iti.gov.br Assinado digitalmente conforme ICP-Brasil (MP 2.200-2/2001) por Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA em 09/03/2026 - 11:30:00

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

Data

Receituário Controle Especial

1º via da farmácia | 2º via do paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA

CRM 15898 SC | 10912

Telefone: (48) 99829-1018

R. Madalena Barbi, 53 S/N Centro - FLORIANOPOLIS SC - CEP 88015190

Sua receita foi enviada para o seu celular e pode ser acessada pelo QRCode. Acesse e aproveite as vantagens!



Token da receita: MVMSN46

Código de acesso: 1080

Emissão: 09/03/2026 - 11:30:00

Paciente:

RAISSA PEDROSA BAZILIO PORTO

Nascimento: 11/12/1983

CPF do Paciente: 103.175.737-64

Endereço: CAMPECHE, 1830, CAMPECHE - 88063300, FLORIANOPOLIS - SC

Cloridrato de Tramadol 50 mg, Cápsula dura (50un)

1 caixa

Tomar 1-2 cápsula junto com dipirona (paracetamol) via oral, até 3x/dia se necessário. Tomar 2 cps junto com a dipirona se dor forte.



Importante: Verifique a autenticidade e integridade do documento em: validar.it.gov.br Assinado digitalmente conforme ICP-Brasil (MP 2.200-2/2001) por Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA em 09/03/2026 - 11:30:00

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

Data

Receituário Controle Especial

1º via da farmácia | 2º via do paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA

CRM 15898 SC | 10912

Telefone: (48) 99829-1018

R. Madalena Barbi, 53 S/N Centro - FLORIANOPOLIS SC - CEP 88015190

Sua receita foi enviada para o seu celular e pode ser acessada pelo QRCode. Acesse e aproveite as vantagens!



Token da receita: MVMSN46

Código de acesso: 1080

Emissão: 09/03/2026 - 11:30:00

Paciente:

RAISSA PEDROSA BAZILIO PORTO

Nascimento: 11/12/1983

CPF do Paciente: 103.175.737-64

Endereço: CAMPECHE, 1830, CAMPECHE - 88063300, FLORIANOPOLIS - SC

PRODUTO DE CANNABIS MEDKAYA - EXTRATO rico em Canabinóides CBD 4% + CBG 4% + THC <0,2% + TCM (2un)

Tomar 4 gotas sublingual pela manhã , 4 gotas após o almoço e 4 gotas ao anoitecer (18-20h) durante uma semana. Subir para 6 gotas, 3x/dia mantendo os mesmos horários e manter assim até reavaliação em consulta de retorno. 48 99982 2057

Uso contínuo



Importante: Verifique a autenticidade e integridade do documento em: validar.iti.gov.br Assinado digitalmente conforme ICP-Brasil (MP 2.200-2/2001) por Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA em 09/03/2026 - 11:30:00

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

Data

Receituário Controle Especial

1º via da farmácia | 2º via do paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA

CRM 15898 SC | 10912

Telefone: (48) 99829-1018

R. Madalena Barbi, 53 S/N Centro - FLORIANOPOLIS SC - CEP 88015190

Sua receita foi enviada para o seu celular e pode ser acessada pelo QRCode. Acesse e aproveite as vantagens!



Token da receita: MVMSN46

Código de acesso: 1080

Emissão: 09/03/2026 - 11:30:00

Paciente:

RAISSA PEDROSA BAZILIO PORTO

Nascimento: 11/12/1983

CPF do Paciente: 103.175.737-64

Endereço: CAMPECHE, 1830, CAMPECHE - 88063300, FLORIANOPOLIS - SC

PRODUTO DE CANNABIS MEDKAYA - EXTRATO rico em Canabinóides CBD 4% + CBG 4% + THC <0,2% + TCM (2un)

Tomar 4 gotas sublingual pela manhã , 4 gotas após o almoço e 4 gotas ao anoitecer (18-20h) durante uma semana. Subir para 6 gotas, 3x/dia mantendo os mesmos horários e manter assim até reavaliação em consulta de retorno. 48 99982 2057

Uso contínuo



Importante: Verifique a autenticidade e integridade do documento em: validar.iti.gov.br Assinado digitalmente conforme ICP-Brasil (MP 2.200-2/2001) por Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA em 09/03/2026 - 11:30:00

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

Data