

Receituário Controle Especial

1º via da farmácia | 2º via do paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA CRM 15898 SC Medicina de Família e Comunidade - RQE 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: MWEI51M Código de acesso: 2802
Emissão: 02/06/2026 - 10:54:04		
Paciente: ISABEL CRISTINA KRUG DA SILVA		
Nascimento: 12/05/1982		
CPF do Paciente: 829.477.320-49		
Endereço: SERVIDAO DO GERIVA, 309, INGLES DO RIO VERMELHO - 88058355, FLORIANOPOLIS - SC		

EXTRATO RICO EM CANABINÓIDES - THC 1% + CBD 1% +TCM (2un)

Tomar 1 gota 3x/dia durante 1 semana, ajustar 1 gota por semana conforme necessidade.



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 02/06/2026 - 10:54:04

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____ Ident.: _____ Órg. Emissor _____ End.: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
_____ Assinatura do farmacêutico _____ Data

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 Medicina de Família e Comunidade - RQE 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: MWEI51M Código de acesso: 2802
Emissão: 02/06/2026 - 10:54:04		
Paciente: ISABEL CRISTINA KRUG DA SILVA		
Nascimento: 12/05/1982		
CPF do Paciente: 829.477.320-49		
Endereço: SERVIDAO DO GERIVA, 309, INGLES DO RIO VERMELHO - 88058355, FLORIANOPOLIS - SC		

EXTRATO RICO EM CANABINÓIDES - THC 1% + CBD 1% +TCM (2un)

Tomar 1 gota 3x/dia durante 1 semana, ajustar 1 gota por semana conforme necessidade.



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 02/06/2026 - 10:54:04

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____ Ident.: _____ Órg. Emissor _____ End.: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
_____ Assinatura do farmacêutico _____ Data

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