



Dra. Luísa Carolina Vinhal Costa

CRM SP: 213139 RQE: 85891 - Pediatria

Nome: Gabriel Henrique da Silva

CPF: 548.899.628-16

1. Risperidona 1mg/mL, Solução oral (1un de 30mL) Prati Donaduzzi 1 embalagem
Risperidona 1mg/mL

Dar 0,25 ml, via oral, à noite. Se necessário, dar 0,25ml, via oral, de manhã e à noite. Uso contínuo.

2. MedKaya CBD+CBG Broad Spectrum 20% - Sabor Morango, Óleo (1un de 30mL) Medkaya 1 embalagem

TCM 0% + Canabidiol (CBD) 200mg/mL + Canabigerol (CBG) 20mg/mL

Primeira semana: Dar 2 gotas, via oral, de 12/12 horas, por 7 dias.

Segunda semana: Dar 3 gotas, via oral, de 12/12 horas, por 7 dias.

Terceira semana: Dar 4 gotas, via oral, de 12/12 horas, por 7 dias.

Quarta semana: Dar 5 gotas, via oral, de 12/12 horas, até a próxima consulta.

Sujeito a ajuste de dose.

Cálculo dispensação: 1 mês 30 ml - uso contínuo

3. Brainmetyl, Solução oral (1un de 40mL) Mantecorp uso contínuo
Cianocobalamina (Vitamina B12) 0 + L-Metilfolato de cálcio 0

Dar 2 gotas ao dia, por 3 meses. Após, 1 gota ao dia, uso contínuo.

Observação: Não autorizo substituição dos itens prescritos.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Rua Tamekishi Takano, 461/473 - Centro

Assinado digitalmente por **Luísa Carolina Vinhal Costa - CRM 213139 SP**

Token (Farmácia): **2WpjOw** - Código de desbloqueio (Paciente): **9239**

Data e hora: 28/04/2026 - 18:02:08 (GMT-3)

Rua Tamekishi Takano, 461/473, Centro, Registro - SP / Telefone: (13) 99768-9549



Dra. Luísa Carolina Vinhal Costa

CRM SP: 213139 RQE: 85891 - Pediatria

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Dra. Luísa Carolina Vinhal Costa
CRM: 213139 SP
Endereço: Rua Tamekishi Takano, 461/473 - Centro
Telefone: (13) 99768-9549
Cidade e UF: Registro - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 28/04/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Gabriel Henrique da Silva

CPF: 548.899.628-16

Endereço: rua Juritis, 111, Registro

Risperidona 1mg/mL, Solução oral (1un de 30mL) Prati Donaduzzi

1 embalagem

Risperidona 1mg/mL

Dar 0,25 ml, via oral, à noite. Se necessário, dar 0,25ml, via oral, de manhã e à noite. Uso contínuo.

MedKaya CBD+CBG Broad Spectrum 20% - Sabor Morango, Óleo (1un de 30mL)

1 embalagem

Medkaya

TCM 0% + Canabidiol (CBD) 200mg/mL + Canabigerol (CBG) 20mg/mL

Primeira semana: Dar 2 gotas, via oral, de 12/12 horas, por 7 dias.

Segunda semana: Dar 3 gotas, via oral, de 12/12 horas, por 7 dias.

Terceira semana: Dar 4 gotas, via oral, de 12/12 horas, por 7 dias.

Quarta semana: Dar 5 gotas, via oral, de 12/12 horas, até a próxima consulta.

Sujeito a ajuste de dose.

Cálculo dispensação: 1 mês 30 ml - uso contínuo

Observação: Não autorizo substituição dos itens prescritos.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Rua Tamekishi Takano, 461/473, Centro, Registro - SP / Telefone: (13) 99768-9549



Dra. Luísa Carolina Vinhal Costa

CRM SP: 213139 RQE: 85891 - Pediatria

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Dra. Luísa Carolina Vinhal Costa
CRM: 213139 SP
Endereço: Rua Tamekishi Takano, 461/473 - Centro
Telefone: (13) 99768-9549
Cidade e UF: Registro - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 28/04/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Gabriel Henrique da Silva

CPF: 548.899.628-16

Endereço: rua Juritis, 111, Registro

Risperidona 1mg/mL, Solução oral (1un de 30mL) Prati Donaduzzi

1 embalagem

Risperidona 1mg/mL

Dar 0,25 ml, via oral, à noite. Se necessário, dar 0,25ml, via oral, de manhã e à noite. Uso contínuo.

MedKaya CBD+CBG Broad Spectrum 20% - Sabor Morango, Óleo (1un de 30mL)

1 embalagem

Medkaya

TCM 0% + Canabidiol (CBD) 200mg/mL + Canabigerol (CBG) 20mg/mL

Primeira semana: Dar 2 gotas, via oral, de 12/12 horas, por 7 dias.

Segunda semana: Dar 3 gotas, via oral, de 12/12 horas, por 7 dias.

Terceira semana: Dar 4 gotas, via oral, de 12/12 horas, por 7 dias.

Quarta semana: Dar 5 gotas, via oral, de 12/12 horas, até a próxima consulta.

Sujeito a ajuste de dose.

Cálculo dispensação: 1 mês 30 ml - uso contínuo

Observação: Não autorizo substituição dos itens prescritos.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Rua Tamekishi Takano, 461/473, Centro, Registro - SP / Telefone: (13) 99768-9549