

Dr. Anderson Ventura

Cremeb: 22696 - Neurocirurgião RQE: 10043

Mailton Ribeiro Santana **CPF:** 931.420.725-00

1. Codein 30mg, Comprimido (30un)	 1 embalagem
Fosfato de codeína 30mg	

Tomar 1 comprimido via oral a cada 8 horas, SE TIVER DOR FORTE.

OBS.: RETORNAR PARA CONSULTA SE NÃO MELHOPAR DA DOR, CONFORME O QUE JÁ FOI ORIENTADO EM CONSULTA.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Rua Cova da Moça 760

Assinado digitalmente por Anderson Ventura - CRM 22696 BA

Token (Farmácia): OqHxFv - Código de desbloqueio (Paciente): 8857

Rua Cova da Moça 760 - Centro - Porto Seguro - BA 45810-000 -WhatsApp (73) 98871-6867 Fixo: (73) 3268-2538

Data e hora: 02/02/2023 - 19:46:51 (GMT-3)



Dr. Anderson Ventura

Cremeb: 22696 - Neurocirurgião RQE: 10043

	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL
Nome:	Anderson Ventura	
CRM:	22696 BA	DATA: 02/02/2023
Endereço:	Rua Cova da Moça 760	1a. via farmácia
Telefone:	(73) 3268-2538	2a. via paciente
Cidade e UF	: Porto Seguro - BA	
CPF: 931.420.	ton Ribeiro Santana 725-00 a Guaiuba,257 Bairro Rio da Vila, Porto Seg	uro
Codein 30mg Fosfato de cod	g , Comprimido (30un) leína 30mg	1 embalagen
Tomar 1 com	primido via oral a cada 8 horas, SE TIVE	R DOR FORTE.
	RNAR PARA CONSULTA SE NÃO MELEM CONSULTA.	HORAR DA DOR, CONFORME O QUE JÁ FOI
	NTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: RG: Endereço: Telefone:		DATA
Cidade e UF		ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Rua Cova da Moça 760 - Centro - Porto Seguro - BA 45810-000 -WhatsApp (73) 98871-6867 Fixo: (73) 3268-2538



Dr. Anderson Ventura

Cremeb: 22696 - Neurocirurgião RQE: 10043

	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL
Nome:	Anderson Ventura	
CRM:	22696 BA	DATA: 02/02/2023
Endereço:	Rua Cova da Moça 760	1a. via farmácia
Telefone:	(73) 3268-2538	2a. via paciente
Cidade e UF	: Porto Seguro - BA	
CPF: 931.420.	ton Ribeiro Santana 725-00 a Guaiuba,257 Bairro Rio da Vila, Porto Seg	uro
Codein 30mg Fosfato de cod	g , Comprimido (30un) leína 30mg	1 embalagen
Tomar 1 com	primido via oral a cada 8 horas, SE TIVE	R DOR FORTE.
	RNAR PARA CONSULTA SE NÃO MELEM CONSULTA.	HORAR DA DOR, CONFORME O QUE JÁ FOI
	NTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: RG: Endereço: Telefone:		DATA
Cidade e UF		ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Rua Cova da Moça 760 - Centro - Porto Seguro - BA 45810-000 -WhatsApp (73) 98871-6867 Fixo: (73) 3268-2538