

Receituário Controle Especial

1º via da farmácia | 2º via do paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Dr(a). Patricia Helena Alves

CRM 104910 SP

Telefone: (11) 93618-8590

Rua Domingos de Moraes, 2781 14º andar Vila Mariana - São Paulo SP - CEP 04035001

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



Token da receita: M2PQDUU

Código de acesso: 1589

Emissão: 07/01/2026 - 17:32:16

Paciente:

JULIO ANTONIO CASTILLO YEPEZ

Nascimento: 04/07/1989

CPF do Paciente: 902.088.018-71

Endereço: Rua Antônio Aggio, 49, Ap 61, Jardim Ampliacao - 05713420, São Paulo - SP

Oxalato de Escitalopram 10 mg, Comprimido revestido (60un)

1 caixa

Tomar 1 comprimido via oral pela manhã



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). Patricia Helena Alves em 07/01/2026 - 17:32:16

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). Patricia Helena Alves

CRM 104910 SP

Telefone: (11) 93618-8590

Rua Domingos de Moraes, 2781 14º andar Vila Mariana - São Paulo SP - CEP 04035001

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



Token da receita: M2PQDUU

Código de acesso: 1589

Emissão: 07/01/2026 - 17:32:16

Paciente:

JULIO ANTONIO CASTILLO YEPEZ

Nascimento: 04/07/1989

CPF do Paciente: 902.088.018-71

Endereço: Rua Antônio Aggio, 49, Ap 61, Jardim Ampliacao - 05713420, São Paulo - SP

Oxalato de Escitalopram 10 mg, Comprimido revestido (60un)

1 caixa

Tomar 1 comprimido via oral pela manhã



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). Patricia Helena Alves em 07/01/2026 - 17:32:16

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:_____

Ident.:_____Órg. Emissor_____

End.:_____

Cidade:_____UF:_____

Telefone:_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

Data