

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). VICTOR DE SOUZA MANNARINO

PSIQUIATRIA - Psicoterapia - RQE nº 54768
PSIQUIATRIA - RQE nº 42789

CRM: 52-949310 - RJ

Endereço: Rua Sete de Setembro, 159, sala 203, Centro, Três Rios - RJ

Telefone: (24) 99912-0011

Cidade: Três Rios

UF: RJ

Data de Emissão: 19/02/2026

Data de Validade: 18/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Frederico Moraes Frandrich da Gama

Sexo: N

Endereço:

1. **BROMIDRATO DE VORTIOXETINA (VOEXTOR) 10mg** ----- 1cx

$\frac{1}{2}$ cp manhã durante 1 semana

A partir da segunda semana: 1cp manhã

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (_____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA _____ / _____ / _____

ASSINATURA ELETRÔNICA
QUALIFICADA



Conforme
MP 2.200-2/01
e Lei 14.063/20

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por VICTOR DE SOUZA MANNARINO em 19/02/2026 10:11, conforme MP nº 2.200-2/2001, Resolução Nº CFM 2.299/2021 e Resolução CFM Nº 2.381/2024.
O documento médico poderá ser validado em <https://validar.iti.gov.br>.
Farmacêutico, realize a dispensação em: <https://prescricao.cfm.org.br/api/documento>
Acesse o documento em:
https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-YBBNRBYT

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). VICTOR DE SOUZA MANNARINO

PSIQUIATRIA - Psicoterapia - RQE nº 54768
PSIQUIATRIA - RQE nº 42789

CRM: 52-949310 - RJ

Endereço: Rua Sete de Setembro, 159, sala 203, Centro, Três Rios - RJ

Telefone: (24) 99912-0011

Cidade: Três Rios

UF: RJ

Data de Emissão: 19/02/2026

Data de Validade: 18/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Frederico Moraes Frandrich da Gama

Sexo: N

Endereço:

1. **BROMIDRATO DE VORTIOXETINA (VOEXTOR) 10mg** ----- 1cx

$\frac{1}{2}$ cp manhã durante 1 semana

A partir da segunda semana: 1cp manhã

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (_____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA _____ / _____ / _____

ASSINATURA ELETRÔNICA
QUALIFICADA



Conforme
MP 2.200-2/01
e Lei 14.063/20

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por VICTOR DE SOUZA MANNARINO em 19/02/2026 10:11, conforme MP nº 2.200-2/2001, Resolução Nº CFM 2.299/2021 e Resolução CFM Nº 2.381/2024.
O documento médico poderá ser validado em <https://validar.iti.gov.br>.
Farmacêutico, realize a dispensação em: <https://prescricao.cfm.org.br/api/documento>
Acesse o documento em:
https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-YBBNRBYT