

# 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](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

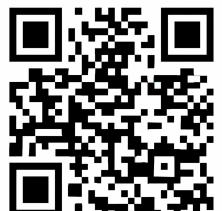
DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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](https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-YBBNRBYT