

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). JAYME BUENO DE CASTILHO**

ANESTESIOLOGIA - RQE nº 19595

CRM: 35071 - MG

Endereço: Avenida Raja Gabaglia, 1002, Gutierrez, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 98691-6407

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

Data de Emissão: 18/02/2026

Data de Validade: 20/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 882.328.326-49 - Jayme Bueno de Castilho

Endereço:

Idade: 50

1. **VORTIOXETINA** 15mg ----- 01 caixa

Tomar 01 comprimido todos os dias de manhã cedo.

## 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 JAYME BUENO DE CASTILHO em 18/02/2026 10:33, 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/documento>

Acesse o documento em:

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



CFMP-RE-SXKY3WLG

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). JAYME BUENO DE CASTILHO**

ANESTESIOLOGIA - RQE nº 19595

CRM: 35071 - MG

Endereço: Avenida Raja Gabaglia, 1002, Gutierrez, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 98691-6407

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

Data de Emissão: 18/02/2026

Data de Validade: 20/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 882.328.326-49 - Jayme Bueno de Castilho

Endereço:

Idade: 50

1. **VORTIOXETINA** 15mg ----- 01 caixa

Tomar 01 comprimido todos os dias de manhã cedo.

## 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 JAYME BUENO DE CASTILHO em 18/02/2026 10:33, 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/documento>

Acesse o documento em:

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



CFMP-RE-SXKY3WLG