

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). JOSÉ RICARDO MATOS LIMA

CPF: 484.517.543-68 CRM: 9372 - CE

Endereço: Rua General Castelo Branco, 130, Cidade dos Funcionarios,
Fortaleza - CE

Telefone: (85) 99244-9528

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Data de Emissão: 08/05/2025

Data de Validade: 07/06/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Domingos Utamar Tavares (nome social/indígena)

Domingos Utamar Tavares (nome de registro)

Sexo: Masculino **Idade:** 82

Endereço: Rua Carlos Barbosa, 55, Papicu, Fortaleza - CE

1. **ALOIS** 20mg ----- 3cx

Tomar 01 comprimido ao dia

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 JOSÉ RICARDO MATOS LIMA em 08/05/2025 15:41, 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-5BBLKGW5

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). JOSÉ RICARDO MATOS LIMA

CPF: 484.517.543-68 CRM: 9372 - CE

Endereço: Rua General Castelo Branco, 130, Cidade dos Funcionarios,
Fortaleza - CE

Telefone: (85) 99244-9528

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Data de Emissão: 08/05/2025

Data de Validade: 07/06/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Domingos Utamar Tavares (nome social/indígena)

Domingos Utamar Tavares (nome de registro)

Sexo: Masculino **Idade:** 82

Endereço: Rua Carlos Barbosa, 55, Papicu, Fortaleza - CE

1. **ALOIS** 20mg ----- 3cx

Tomar 01 comprimido ao dia

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 JOSÉ RICARDO MATOS LIMA em 08/05/2025 15:41, 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-5BBLKGW5