

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). RAIANNA CHRISTINA DE AZEVEDO SOUZA CASSIMIRO**

CRM: 14777 - PB

Endereço: Avenida Governador Argemiro de Figueiredo, 235, Jardim Oceania, João Pessoa - PB

Telefone: (83) 99163-3223

Cidade: João Pessoa

UF: PB

Data de Emissão: 22/11/2024

Data de Validade: 22/12/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Alcione Rodrigues da Silva Carvalho

**Endereço:** Rua Maria de Lourdes Fernandes da Silva, 150, Mangabeira, João Pessoa - PB

**Sexo:** Feminino **Idade:** 47

1. **Pregabalina** 75 mg ----- 60 cps

Tomar 01 cp ao dia

2. **ESC** 10 mg ----- 60 cps

Tomar 01 cp ao dia.

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

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



## Receituário de Controle Especial

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por RAIANNA CHRISTINA DE AZEVEDO SOUZA CASSIMIRO em 22/11/2024 18:04, conforme MP nº 2.200-2/2001 e Resolução CFM nº 2.299/2021.

A assinatura digital deste documento poderá ser verificada 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)



Código: CFMb93jBB3

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). RAIANNA CHRISTINA DE AZEVEDO SOUZA CASSIMIRO**

CRM: 14777 - PB

Endereço: Avenida Governador Argemiro de Figueiredo, 235, Jardim Oceania, João Pessoa - PB

Telefone: (83) 99163-3223

Cidade: João Pessoa

UF: PB

Data de Emissão: 22/11/2024

Data de Validade: 22/12/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Alcione Rodrigues da Silva Carvalho

**Endereço:** Rua Maria de Lourdes Fernandes da Silva, 150, Mangabeira, João Pessoa - PB

**Sexo:** Feminino **Idade:** 47

1. **Pregabalina** 75 mg ----- 60 cps

Tomar 01 cp ao dia

2. **ESC** 10 mg ----- 60 cps

Tomar 01 cp ao dia.

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

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



## Receituário de Controle Especial

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por RAIANNA CHRISTINA DE AZEVEDO SOUZA CASSIMIRO em 22/11/2024 18:04, conforme MP nº 2.200-2/2001 e Resolução CFM nº 2.299/2021.

A assinatura digital deste documento poderá ser verificada 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)



Código: CFMb93jBB3