

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). **BIANCA CATARINA MELO BARBIERO**

CRM: 17131 - ES

Endereço: Rua Humberto Serrano, Praia da Costa, Vila Velha - ES

Cidade: Vila Velha

UF: ES

Data de Emissão: 24/10/2023

Data de Validade: 23/11/2023

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Italo Pagotto Tonini

Endereço: (não informado)

Sexo: Masculino Idade: 33

1. **CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 150mg** ----- 2 caixas

Tomar 2 capsulas pela manhã

2. **Razapina ODT 30mg** ----- 1 caixa

Tomar uma capsula a noite

3. **CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 75mg** ----- 1caixa

Tomar uma capaula pela manhã

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 BIANCA CATARINA MELO BARBIERO em 24/10/2023 12:54, 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



Código: CFMcDpgXpa

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). **BIANCA CATARINA MELO BARBIERO**

CRM: 17131 - ES

Endereço: Rua Humberto Serrano, Praia da Costa, Vila Velha - ES

Cidade: Vila Velha

UF: ES

Data de Emissão: 24/10/2023

Data de Validade: 23/11/2023

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Italo Pagotto Tonini

Endereço: (não informado)

Sexo: Masculino Idade: 33

1. **CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 150mg** ----- 2 caixas

Tomar 2 capsulas pela manhã

2. **Razapina ODT 30mg** ----- 1 caixa

Tomar uma capsula a noite

3. **CLORIDRATO DE VENLAFAXINA 75mg** ----- 1caixa

Tomar uma capaula pela manhã

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 BIANCA CATARINA MELO BARBIERO em 24/10/2023 12:54, 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



Código: CFMcDpgXpa