

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). SELMA DO VALLE PEREIRA FARAH SALIBA

GERIATRIA - RQE nº 10411
CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 6075

CRM: 11800 - PR

Endereço: Rua Mato Grosso, 1732, de 801/802 a 1887/1888, Centro,
Cascavel - PR

Cidade: Cascavel

UF: PR

Data de Emissão: 11/03/2025

Data de Validade: 10/04/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: ZANIRA PLUCHINSKI

Endereço: (não informado)

Sexo: Feminino Idade: 70

- LOSARTANA 50 mg** ----- continuo
tome um comprimido de 12/ 12 horas
- CONCARDIO 2,5MG** ----- CONTINUO
Tome um comprimido ao dia
- DAPAGLIFOZINA (FORXIGA) 10MG** ----- CONTINUO
TOME UM COMPRIMIDO APOS O ALMOÇO
- ESPIRONOLACTONA 25MG** ----- CONTINUO
TOME UM 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 SELMA DO VALLE PEREIRA FARAH SALIBA em 11/03/2025 15:11, 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



CFMP-RE-8RSB9QEU

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). SELMA DO VALLE PEREIRA FARAH SALIBA

GERIATRIA - RQE nº 10411
CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 6075

CRM: 11800 - PR

Endereço: Rua Mato Grosso, 1732, de 801/802 a 1887/1888, Centro,
Cascavel - PR

Cidade: Cascavel

UF: PR

Data de Emissão: 11/03/2025

Data de Validade: 10/04/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: ZANIRA PLUCHINSKI

Endereço: (não informado)

Sexo: Feminino Idade: 70

1. **LOSARTANA** 50 mg ----- continuo
tome um comprimido de 12/ 12 horas
2. **CONCARDIO** 2,5MG ----- CONTINUO
Tome um comprimido ao dia
3. **DAPAGLIFOZINA (FORXIGA)** 10MG ----- CONTINUO
TOME UM COMPRIMIDO APOS O ALMOÇO
4. **ESPIRONOLACTONA** 25MG ----- CONTINUO
TOME UM 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 SELMA DO VALLE PEREIRA FARAH SALIBA em 11/03/2025 15:11, 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



CFMP-RE-8RSB9QEU