

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). CELSO ROBERTO FRASSON SCAFI**

UROLOGIA - RQE nº 60228

CIRURGIA GERAL - RQE nº 60229

CPF: 12340644801 CRM: 27848 - MG

Endereço: Avenida Champagnat, 863, Sala 115, São Domingos, Poços de Caldas - MG

Telefone: (35) 99169-3330

Cidade: Poços de Caldas

UF: MG

Data de Emissão: 05/07/2024

Data de Validade: 04/08/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Ana Cristina Maio Muller

**Endereço:** (não informado)

1. **HEMITARTARATO DE ZOLPIDEM 5 mg** ----- 30 cp

Colocar 1 cp sub lingual antes de deitar

## 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 CELSO ROBERTO FRASSON SCAFI em 05/07/2024 19:38, 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: CFMTMJfaBs

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). CELSO ROBERTO FRASSON SCAFI

UROLOGIA - RQE nº 60228

CIRURGIA GERAL - RQE nº 60229

CPF: 12340644801 CRM: 27848 - MG

Endereço: Avenida Champagnat, 863, Sala 115, São Domingos, Poços de Caldas - MG

Telefone: (35) 99169-3330

Cidade: Poços de Caldas

UF: MG

Data de Emissão: 05/07/2024

Data de Validade: 04/08/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Ana Cristina Maio Muller

Endereço: (não informado)

1. HEMITARTARATO DE ZOLPIDEM 5 mg ----- 30 cp

Colocar 1 cp sub lingual antes de deitar

## 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 CELSO ROBERTO FRASSON SCAFI  
em 05/07/2024 19:38, 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: CFMTMJfaBs