

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). DIETER BENAIA CARVALHO DE MEDEIROS

CPF: 054.205.065-05 CRM: 28758 - PE

Endereço: Avenida da Integração Airton Sena, 240, Nova Clínica, Vila Eduardo, Petrolina - PE

Telefone: (71) 98789-3112

Cidade: Petrolina

UF: PE

Data de Emissão: 17/12/2024

Data de Validade: 16/01/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Iandra Milena Silva Martins

Endereço: (não informado)

1. **VENLAFAXINA** 75mg ----- 03 Caixas

Uso diariamente 01 comprimido

2. **ESCITALOPRAM** 15mg ----- 03 Caixas

Uso diário 01 comprimido via oral

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 DIETER BENAIA CARVALHO DE MEDEIROS em 17/12/2024 22:08, 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



CFMs77wgLm

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). DIETER BENAIA CARVALHO DE MEDEIROS

CPF: 054.205.065-05 CRM: 28758 - PE

Endereço: Avenida da Integração Airton Sena, 240, Nova Clínica, Vila Eduardo, Petrolina - PE

Telefone: (71) 98789-3112

Cidade: Petrolina

UF: PE

Data de Emissão: 17/12/2024

Data de Validade: 16/01/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Iandra Milena Silva Martins

Endereço: (não informado)

1. **VENLAFAXINA** 75mg ----- 03 Caixas

Uso diariamente 01 comprimido

2. **ESCITALOPRAM** 15mg ----- 03 Caixas

Uso diário 01 comprimido via oral

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 DIETER BENAIA CARVALHO DE MEDEIROS em 17/12/2024 22:08, 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



CFMs77wgLm