

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). THALISSON OLIVEIRA CAMPOS SOBRINHO

CRM: 250035 - SP

Endereço: Rua da Imprensa, Jardim Parque Novo Mundo, Limeira - SP

Telefone: (19) 99689-0434

Cidade: Limeira

UF: SP

Data de Emissão: 24/03/2024

Data de Validade: 23/04/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Juliana Muniz de Oliveira Pessoa

Endereço: (não informado)

Sexo: Feminino

1. **Escitalopram** 10 mg ----- 2 caixas

Tomar 1 comprimido uma vez ao dia, uso contínuo

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 THALISSON OLIVEIRA CAMPOS SOBRINHO em 24/03/2024 15:56, 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: CFMriYJAJ6

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). **THALISSON OLIVEIRA CAMPOS SOBRINHO**

CRM: 250035 - SP

Endereço: Rua da Imprensa, Jardim Parque Novo Mundo, Limeira - SP

Telefone: (19) 99689-0434

Cidade: Limeira

UF: SP

Data de Emissão: 24/03/2024

Data de Validade: 23/04/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Juliana Muniz de Oliveira Pessoa

Endereço: (não informado)

Sexo: Feminino

1. **Escitalopram** 10 mg ----- 2 caixas

Tomar 1 comprimido uma vez ao dia, uso contínuo

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 THALISSON OLIVEIRA CAMPOS SOBRINHO em 24/03/2024 15:56, 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: CFMriYJAJ6