

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). ANDRE RAFAEL SIMIONI**

PSIQUIATRIA - RQE nº 31089

CRM: 24770 - PR

Endereço: Rua Buenos Aires, 441, sala 82, Batel, Curitiba - PR

Telefone: (41) 9960-4242

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 04/12/2024

Data de Validade: 03/01/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Claudinei José Silveira

**Endereço:** Rua Teixeira Soares, 518, casa 42, Cruzeiro, São José dos Pinhais - PR

**Sexo:** Masculino **Idade:** 46

1. **Trazodona** 50mg ----- 1 cx

tomar 1 cp antes de dormir  
Donarem, Azod, Sonic, Mortraz

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

tomar 1cp ao dia  
Reconter, Exodus, Esc, Eudok, Fusor

## 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 ANDRE RAFAEL SIMIONI em 04/12/2024 17:23, 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](https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf)



CFMAWVbbAW

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). ANDRE RAFAEL SIMIONI**

PSIQUIATRIA - RQE nº 31089

CRM: 24770 - PR

Endereço: Rua Buenos Aires, 441, sala 82, Batel, Curitiba - PR

Telefone: (41) 9960-4242

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 04/12/2024

Data de Validade: 03/01/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Claudinei José Silveira

**Endereço:** Rua Teixeira Soares, 518, casa 42, Cruzeiro, São José dos Pinhais - PR

**Sexo:** Masculino **Idade:** 46

1. **Trazodona** 50mg ----- 1 cx

tomar 1 cp antes de dormir  
Donarem, Azod, Sonic, Mortraz

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

tomar 1cp ao dia  
Reconter, Exodus, Esc, Eudok, Fusor

## 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 ANDRE RAFAEL SIMIONI em 04/12/2024 17:23, 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](https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf)



CFMAWVbbAW