

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). GLÍCIA FERNANDES DIAS**

CPF: 094.062.386-24 CRM: 12330 - MS

Endereço: AV Internacional, 827, centro, Coronel Sapucaia - MS

Telefone: (67) 99286-4253

Cidade: Coronel Sapucaia

UF: MS

Data de Emissão: 02/12/2024

Data de Validade: 01/01/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Talita Silva Andrade

**Endereço:** (não informado)

1. **CLORIDRATO DE TRAMADOL** 100 mg ----- 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido via oral 12/12 se for forte por 5 dias

### 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 GLÍCIA FERNANDES DIAS em 02/12/2024 16:31, 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: CFMTU4fhXe

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). GLÍCIA FERNANDES DIAS**

CPF: 094.062.386-24 CRM: 12330 - MS

Endereço: AV Internacional, 827, centro, Coronel Sapucaia - MS

Telefone: (67) 99286-4253

Cidade: Coronel Sapucaia

UF: MS

Data de Emissão: 02/12/2024

Data de Validade: 01/01/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Talita Silva Andrade

**Endereço:** (não informado)

1. **CLORIDRATO DE TRAMADOL** 100 mg ----- 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido via oral 12/12 se for forte por 5 dias

### 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 GLÍCIA FERNANDES DIAS em 02/12/2024 16:31, 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: CFMTU4fhXe