

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARIANA CAETANO ALVES**

PEDIATRIA - RQE nº 11860

CRM: 19813 - GO

Endereço: Avenida Portugal sala C2707 orion business e Health, 1148,  
Goiânia - GO

Cidade: Goiânia

UF: GO

Data de Emissão: 26/10/2023

Data de Validade: 25/11/2023

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** JULIA VIEIRA BARBOSA

**Endereço:** (não informado)

- BACTRIM F 400 MG** ----- 30 ML  
DAR 2 ML DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS.
- CULTURELLE** ----- 1 CAIXA  
DILUIR 1 SACHE E DAR 2 X AO DIA POR 5 DIAS.
- BIOZINC** ----- 1 FRASCO  
DAR 5 ML 1 VEZ AO DIA POR 10 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 MARIANA CAETANO ALVES  
em 26/10/2023 19:37, 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: CFMEYtNzkN

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARIANA CAETANO ALVES**

PEDIATRIA - RQE nº 11860

CRM: 19813 - GO

Endereço: Avenida Portugal sala C2707 orion business e Health, 1148,  
Goiânia - GO

Cidade: Goiânia

UF: GO

Data de Emissão: 26/10/2023

Data de Validade: 25/11/2023

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** JULIA VIEIRA BARBOSA

**Endereço:** (não informado)

1. **BACTRIM F 400 MG** ----- 30 ML

DAR 2 ML DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS.

2. **CULTURELLE** ----- 1 CAIXA

DILUIR 1 SACHE E DAR 2 X AO DIA POR 5 DIAS.

3. **BIOZINC** ----- 1 FRASCO

DAR 5 ML 1 VEZ AO DIA POR 10 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 MARIANA CAETANO ALVES  
em 26/10/2023 19:37, 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: CFMEYtNzkN