

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). WELITON COSTA FERREIRA**

CRM: 19636 - PA

Endereço: Rua Grécia, Condomínio Imperial Park, Park dos Buritis,  
Redenção - PA

Cidade: Redenção

UF: PA

Data de Emissão: 14/10/2024

Data de Validade: 13/11/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** JUNIOR COSTA MOURA FERREIRA

**Endereço:** (não informado)

1. **TYLEX** 30mg + 500mg ----- 02 caixas

#### USO ORAL

Tomar 01 comprimido, via oral, a cada 6 horas, se dor de moderada/severa intensidad.

### 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 WELITON COSTA FERREIRA  
em 14/10/2024 16:01, 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: CFM65mwsZt

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). WELITON COSTA FERREIRA**

CRM: 19636 - PA

Endereço: Rua Grécia, Condomínio Imperial Park, Park dos Buritis,  
Redenção - PA

Cidade: Redenção

UF: PA

Data de Emissão: 14/10/2024

Data de Validade: 13/11/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** JUNIOR COSTA MOURA FERREIRA

**Endereço:** (não informado)

1. **TYLEX** 30mg + 500mg ----- 02 caixas

#### USO ORAL

Tomar 01 comprimido, via oral, a cada 6 horas, se dor de moderada/severa intensidad.

### 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 WELITON COSTA FERREIRA  
em 14/10/2024 16:01, 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: CFM65mwsZt