

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). KÁTIA SUDBRACK VIDIGAL

GASTROENTEROLOGIA - RQE nº 2303

GASTROENTEROLOGIA - Endoscopia Digestiva - RQE nº 4803

CRM: 6463 - DF

Endereço: Bloco C Centro Clínico Linea Vita Loja SGAS 616 SHCS, Brasília - DF

Telefone: (61) 3361-4031

Cidade: Brasília

UF: DF

Data de Emissão: 23/01/2025

Data de Validade: 22/02/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: KARIN SUDBRACK BORN

Endereço: RUA PAISSANDU, 284, PARTHENON, Porto Alegre - RS

1. **CLORIDRATO DE FLUOXETINA** 20 mg ----- 03(tres) cxs

Tomar 1 cp ao dia.

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 KÁTIA SUDBRACK VIDIGAL em 23/01/2025 13:56, 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



CFM5wJTCfP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). KÁTIA SUDBRACK VIDIGAL

GASTROENTEROLOGIA - RQE nº 2303

GASTROENTEROLOGIA - Endoscopia Digestiva - RQE nº 4803

CRM: 6463 - DF

Endereço: Bloco C Centro Clínico Linea Vita Loja SGAS 616 SHCS, Brasília - DF

Telefone: (61) 3361-4031

Cidade: Brasília

UF: DF

Data de Emissão: 23/01/2025

Data de Validade: 22/02/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: KARIN SUDBRACK BORN

Endereço: RUA PAISSANDU, 284, PARTHENON, Porto Alegre - RS

1. **CLORIDRATO DE FLUOXETINA** 20 mg ----- 03(tres) cxs

Tomar 1 cp ao dia.

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 KÁTIA SUDBRACK VIDIGAL em 23/01/2025 13:56, 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



CFM5wJTCfP