

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARCIO FABER**

CRM: 117191 - SP

Endereço: Rua Malaquias Guerra, 254, São Pedro - SP

Telefone: (19) 3481-9268

Cidade: São Pedro

UF: SP

**Data de Emissão:** 12/10/2023

**Data de Validade:** 11/11/2023

**1ª VIA FARMÁCIA**

**2ª VIA PACIENTE**

**Paciente:** Mariza Cavichia Faber

**Endereço:** Rua Iolando Donatti, 36, Jardim Planalto, Limeira - SP

**Sexo:** Feminino **Idade:** 76

1. **FUMARATO DE QUETIAPINA** 50 mg ----- 60 cp

Tomar 01 comprimido a noite

### 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 MARCIO FABER

em 12/10/2023 19:49, 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: CFMTVafgMd

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARCIO FABER**

CRM: 117191 - SP

Endereço: Rua Malaquias Guerra, 254, São Pedro - SP

Telefone: (19) 3481-9268

Cidade: São Pedro

UF: SP

**Data de Emissão:** 12/10/2023

**Data de Validade:** 11/11/2023

**1ª VIA FARMÁCIA**

**2ª VIA PACIENTE**

**Paciente:** Mariza Cavichia Faber

**Endereço:** Rua Iolando Donatti, 36, Jardim Planalto, Limeira - SP

**Sexo:** Feminino **Idade:** 76

1. **FUMARATO DE QUETIAPINA** 50 mg ----- 60 cp

Tomar 01 comprimido a noite

### 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 MARCIO FABER

em 12/10/2023 19:49, 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: CFMTVaFgMd