

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). SERGIO TAMAI

PSIQUIATRIA - RQE nº 21733

CRM: 69468 - SP

Endereço: Rua Doutor Tirso Martins, 100, 510, Vila Mariana, São Paulo - SP

Telefone: (11) 95333-3164

Cidade: São Paulo

UF: SP

Data de Emissão: 09/10/2023

Data de Validade: 08/11/2023

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Mariana Tamai

Endereço: Rua Espírito Santo, 311, 201, Aclimação, São Paulo - SP

Sexo: Feminino **Idade:** 14

1. **Divalcon** er 250mg ----- 90cps

Tomar 01 cp pela manhã e 02 cps a noite

2. **CLORIDRATO DE FLUOXETINA** 20mg ----- 60 cps

Tomar 02 cps pela manhã

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 SERGIO TAMAI

em 09/10/2023 19:51, 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



Código: CFMihiT8ab

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). SERGIO TAMAI

PSQUIATRIA - RQE nº 21733

CRM: 69468 - SP

Endereço: Rua Doutor Tirso Martins, 100, 510, Vila Mariana, São Paulo - SP

Telefone: (11) 95333-3164

Cidade: São Paulo

UF: SP

Data de Emissão: 09/10/2023

Data de Validade: 08/11/2023

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Mariana Tamai

Endereço: Rua Espírito Santo, 311, 201, Aclimação, São Paulo - SP

Sexo: Feminino **Idade:** 14

1. **Divalcon** er 250mg ----- 90cps

Tomar 01 cp pela manhã e 02 cps a noite

2. **CLORIDRATO DE FLUOXETINA** 20mg ----- 60 cps

Tomar 02 cps pela manhã

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 SERGIO TAMAI

em 09/10/2023 19:51, 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



Código: CFMihiT8ab