

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO

CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - RQE nº 114791

CRM: 105526 - SP

Endereço: Rua Bandeirantes, 393, até 1131/1132, Centro, Araçatuba - SP

Telefone: (18) 99629-9901

Cidade: Araçatuba

UF: SP

Data de Emissão: 31/07/2025

Data de Validade: 30/08/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 055.099.056-97 - NATALIA SPANAZZI RODRIGUES ALVES

Endereço: Rua Bandeirantes, 393, até 1131/1132, Centro, Araçatuba - SP

Sexo: N **Idade:** 43

1. **TIRZEPATIDA** 75 MG / 3 ML ----- 1

APLICAR 0,3 ML SC 1X SEMANA

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 NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO em 31/07/2025 10:04, 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



CFMP-RE-MN3L3NGX

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO

CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - RQE nº 114791

CRM: 105526 - SP

Endereço: Rua Bandeirantes, 393, até 1131/1132, Centro, Araçatuba - SP

Telefone: (18) 99629-9901

Cidade: Araçatuba

UF: SP

Data de Emissão: 31/07/2025

Data de Validade: 30/08/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 055.099.056-97 - NATALIA SPANAZZI RODRIGUES ALVES

Endereço: Rua Bandeirantes, 393, até 1131/1132, Centro, Araçatuba - SP

Sexo: N **Idade:** 43

1. **TIRZEPATIDA** 75 MG / 3 ML ----- 1

APLICAR 0,3 ML SC 1X SEMANA

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 NIVALDO FRANCISCO ALVES FILHO em 31/07/2025 10:04, 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



CFMP-RE-MN3L3NGX