

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

VIA DIGITAL
VALIDAR EM:
<https://assinaturadigital.iti.gov.br>

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: Dra Manoela Isadora Nogueira

CRM: 47721 UF: MG

ENDEREÇO COMPLETO: Avenida Pará, 1720 Bairro Umuarama

CIDADE: Uberlândia UF: MG

TELEFONE: (34)32182245 DATA: 18/09/20



Logo do local de
atendimento
(imagem)

MANOELA ISADORA
NOGUEIRA:0652393
4624

Assinado de forma digital por
MANOELA ISADORA
NOGUEIRA:06523934624
Dados: 2020.09.18 08:52:11 -03'00'

ASSINATURA MÉDICO(A)

NOME PACIENTE: Cibelly Ramos de Oliveira

ENDEREÇO COMPLETO: Rua João Pereira da Silva, 153 Apto 5 Bairro Santa Mônica

PRESCRIÇÃO:

Uso Oral:

1) Sertralina 100mg ----- 1 caixa

Tomar 1 cp de manhã.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO:

RG:

ÓRGÃO EMISSOR:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE: UF:

TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME FARMACÊUTICO(A):

CRF: UF:

NOME FARMÁCIA:

ENDEREÇO:

CIDADE: UF:

CNPJ: TELEFONE:

ASSINATURA FARMACÊUTICO(A)

DADOS DO(S) PRODUTO(S) DISPENSADOS

NOME DO MEDICAMENTO: _____
LABORATÓRIO: _____
NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE DE CAIXAS: _____
NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: _____
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

NOME DO MEDICAMENTO: _____
LABORATÓRIO: _____
NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE DE CAIXAS: _____
NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: _____
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

NOME DO MEDICAMENTO: _____
LABORATÓRIO: _____
NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE DE CAIXAS: _____
NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: _____
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

INFORMAÇÕES SOBRE INTERCAMBIALIDADE

O MEDICAMENTO _____
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO _____,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

O MEDICAMENTO _____
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO _____,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

O MEDICAMENTO _____
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO _____,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

PARA DISPENSAÇÃO MANUAL

DATA: _____

ASSINATURA DO COMPRADOR: _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO: _____