

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE****Dr(a). MARIA CRISTINA LANCIA CURY**

OTORRINOLARINGOLOGIA - RQE nº 14666

OTORRINOLARINGOLOGIA - RQE nº 14666

CRM: 15412 - DF

Endereço: Avenida Independência, 51, LOTE 16A SALA 9, Setor Tradicional (Planaltina), Brasília - DF

Telefone: (61) 99587-5278

Cidade: Brasília

UF: DF

Data de Emissão: 10/03/2026

Data de Validade: 09/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: MATHEUS HENRIQUE SILVA GONÇALVES**Endereço:** QN 114 CJ 1 LOTE 1, CASA 47, COND BELA VISTA, SAMAMBAIA - DF**Sexo:** Masculino1. **ISIDIOLEX 6000** ----- 2 FRASCOS

TOMAR 2 ML 12/12 HORAS, USO CONTÍNUO.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR_____
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____

ASSINATURA ELETRÔNICA
QUALIFICADAConforme
MP 2.200-2/01
e Lei 14.063/20

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por MARIA CRISTINA LANCIA CURY em 10/03/2026 06:26, 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/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf

CFMP-RE-L7BD6DB2

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE****Dr(a). MARIA CRISTINA LANCIA CURY**

OTORRINOLARINGOLOGIA - RQE nº 14666

OTORRINOLARINGOLOGIA - RQE nº 14666

CRM: 15412 - DF

Endereço: Avenida Independência, 51, LOTE 16A SALA 9, Setor Tradicional (Planaltina), Brasília - DF

Telefone: (61) 99587-5278

Cidade: Brasília

UF: DF

Data de Emissão: 10/03/2026

Data de Validade: 09/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: MATHEUS HENRIQUE SILVA GONÇALVES**Endereço:** QN 114 CJ 1 LOTE 1, CASA 47, COND BELA VISTA, SAMAMBAIA - DF**Sexo:** Masculino1. **ISIDIOLEX 6000** ----- 2 FRASCOS

TOMAR 2 ML 12/12 HORAS, USO CONTÍNUO.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR_____
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____

ASSINATURA ELETRÔNICA
QUALIFICADAConforme
MP 2.200-2/01
e Lei 14.063/20

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por MARIA CRISTINA LANCIA CURY em 10/03/2026 06:26, 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/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf

CFMP-RE-L7BD6DB2