

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). GIULIANA MELLO DE QUADROS

PSIQUIATRIA - RQE nº 34812

CRM: 42196 - PR

Endereço: Rua Emiliano Pernetá, 424, 111, Centro, Curitiba - PR

Telefone: (41) 3224-9424

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 03/03/2026

Data de Validade: 02/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 064.266.699-70 - Larissa Dubiella

Endereço: Rua São Virgílio, 306, Vila Nova, Joinville - SC

Sexo: Feminino **Idade:** 29

1. **ALENTUS XR VENLIFT OD VENLAXIN XR VENLAFAXINA** 75mg ----- 60cp

Tomar 1 cp pela manhã

2. **ALENTUS XR VENLIFT OD VENLAXIN XR VENLAFAXINA** 150mg ----- 60cp

Tomar 1 cp pela manhã

3. **ANSITEC** 10mg ----- 1 cx

Tomar 1 cp se crise

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 GIULIANA MELLO DE QUADROS em 03/03/2026 18:31, 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-WTP237QZ

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). GIULIANA MELLO DE QUADROS

PSIQUIATRIA - RQE nº 34812

CRM: 42196 - PR

Endereço: Rua Emiliano Perneta, 424, 111, Centro, Curitiba - PR

Telefone: (41) 3224-9424

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 03/03/2026

Data de Validade: 02/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 064.266.699-70 - Larissa Dubiella

Endereço: Rua São Virgílio, 306, Vila Nova, Joinville - SC

Sexo: Feminino **Idade:** 29

1. **ALENTUS XR VENLIFT OD VENLAXIN XR VENLAFAXINA** 75mg ----- 60cp

Tomar 1 cp pela manhã

2. **ALENTUS XR VENLIFT OD VENLAXIN XR VENLAFAXINA** 150mg ----- 60cp

Tomar 1 cp pela manhã

3. **ANSITEC** 10mg ----- 1 cx

Tomar 1 cp se crise

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 GIULIANA MELLO DE QUADROS em 03/03/2026 18:31, 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-WTP237QZ