

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ADRIANO DE OLIVEIRA GOULART

CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 14444

NUTROLOGIA - RQE nº 15793

CPF: 901.146.040-53 CRM: 19417 - PR

Endereço: Rua Pasteur, 811, Batel, Curitiba - PR

Telefone: (41) 98475-8728

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 15/06/2026

Data de Validade: 15/07/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 084.854.259-28 - Thais Cristina de Souza Martins

Endereço: RUA ALFREDO GNATTA, 1, Morretes - PR

Sexo: Feminino **Idade:** 32

1. **ZINCO 5 MG VIT C 250 MG VIT D 1.000 UI FLUOXETINA 10 MG CAFEINA150 MG GINSNENG 100 MG ORLISTAT50 MG TOPIRAMATO 15 MG NALTREXONE 2 MG**
USO INTERNO ----- 150 DOSES

TOMAR DOSE NO CAFÉ , ALMOÇO E CAFÉ DA TARDE

**** PRIMEIRA SEMANA TOMAR SÓ NO CAFÉ ,
SEGUNDA SEMANA, TOMAR NO CAFÉ E ALMOÇO
TERCEIRA EM DIANTE, TOMAR 3 X DIA *****

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 ADRIANO DE OLIVEIRA GOULART em 15/06/2026 17:01, 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-B5GE8V83

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ADRIANO DE OLIVEIRA GOULART

CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 14444

NUTROLOGIA - RQE nº 15793

CPF: 901.146.040-53 CRM: 19417 - PR

Endereço: Rua Pasteur, 811, Batel, Curitiba - PR

Telefone: (41) 98475-8728

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 15/06/2026

Data de Validade: 15/07/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 084.854.259-28 - Thais Cristina de Souza Martins

Endereço: RUA ALFREDO GNATTA, 1, Morretes - PR

Sexo: Feminino **Idade:** 32

1. **ZINCO 5 MG VIT C 250 MG VIT D 1.000 UI FLUOXETINA 10 MG CAFEINA150 MG GINSNENG 100 MG ORLISTAT50 MG TOPIRAMATO 15 MG NALTREXONE 2 MG**
USO INTERNO ----- 150 DOSES

TOMAR DOSE NO CAFÉ , ALMOÇO E CAFÉ DA TARDE

**** PRIMEIRA SEMANA TOMAR SÓ NO CAFÉ ,
SEGUNDA SEMANA, TOMAR NO CAFÉ E ALMOÇO
TERCEIRA EM DIANTE, TOMAR 3 X DIA *****

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 ADRIANO DE OLIVEIRA GOULART em 15/06/2026 17:01, 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-B5GE8V83