

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ANTONIO CARLOS PIGATTO CAUS

CPF: 052.345.619-09 CRM: 28453 - PR

Endereço: Rua Professora Amazília, 1010, até 1081/1082, Centro, União da Vitória - PR

Telefone: (42) 99933-3910

Cidade: União da Vitória

UF: PR

Data de Emissão: 15/10/2025

Data de Validade: 14/11/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: ROBERTO TESSEROLI NETO

Endereço:

Sexo: N

1. ÓLEO MEDKAYA BROAD SPECTRUM 3.000MG ----- 3 FR

INICIE COM 3 GOTAS 2 X DIA , APOS 3 DIAS DÊ 5 GOTAS 2 X DIA POR 10 DIAS.
DEPOIS AUMENTE PARA 7 GOTAS 2 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 ANTONIO CARLOS PIGATTO CAUS em 15/10/2025 16:15, 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-EUEWABPK

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ANTONIO CARLOS PIGATTO CAUS

CPF: 052.345.619-09 CRM: 28453 - PR

Endereço: Rua Professora Amazília, 1010, até 1081/1082, Centro, União da Vitória - PR

Telefone: (42) 99933-3910

Cidade: União da Vitória

UF: PR

Data de Emissão: 15/10/2025

Data de Validade: 14/11/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: ROBERTO TESSEROLI NETO

Endereço:

Sexo: N

1. ÓLEO MEDKAYA BROAD SPECTRUM 3.000MG ----- 3 FR

INICIE COM 3 GOTAS 2 X DIA , APOS 3 DIAS DÊ 5 GOTAS 2 X DIA POR 10 DIAS.
DEPOIS AUMENTE PARA 7 GOTAS 2 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 ANTONIO CARLOS PIGATTO CAUS em 15/10/2025 16:15, 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-EUEWABPK