

# CEVISA-ALERTA 24/2023

Prezados (as) Farmacêuticos (as) do Município de Fortaleza, informamos que as NOTIFICAÇÕES DE RECEITA B pertencentes às INSTITUIÇÕES INFORMADAS ABAIXO, com o carimbo da DRA. CAMILA FREIRE – CRM/RO 3705 **NÃO SÃO VÁLIDAS PARA FINS DE DISPENSAÇÃO**. Comunicamos que essas receitas são falsas.

Secretaria Município de Saúde Porto Velho

VISA 763/2011 de 19/04/2011

NUMERAÇÃO: 769.873 a 369.372

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		Identificação do Emitente		Medicamento ou Substância	
UF	NÚMERO	Secretaria Municipal de Saúde Porto Velho Av. Calama, 4008 - Embratel CEP: 76.800-000 - Porto Velho - Rondônia		Domagaram	
RO	Nº 170509 B	Paciente: _____		Quantidade e Forma Farmacêutica	
Data 26 de 07 de 23		Endereço: _____		6 Cx	
Assinatura e Carimbo do Emitente		61.585.8657/90094		Dose por Unidade Posológica	
Camila Freire Médica CRM/RO 3705		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		Posologia	
Nome: _____		RAIA DROGASIL S/A		2 ungs	
Endereço: _____		Fone: _____		3x/dia	
Ident. Nº: _____		Órgão Emissor: _____		CARIMBO DO FORNECEDOR	
Deusdele Vieira de Souza & Cia Ltda (Gráfica Novis PVI) - CNPJ: 63.772.685/0001-04 - Rua Abnatal B. de Lima, 1441 - Jd. Cearense - Cep: 60712-000		Nome do Vendedor		DATA	
		Fortealeza - CE			

Área de Produtos e Serviços Farmacêuticos  
Setor de Produtos de Interesse à Saúde  
Célula de Vigilância Sanitária –CEVISA  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde-COVIS


# CEVISA-ALERTA 24/2023

Policlínica Oswaldo Cruz

VISA 1398

NUMERAÇÃO: 724.425 a 726.925

NUMERAÇÃO: 878.880 a 880.880

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b> UF: <b>RO</b> NÚMERO: <b>879701</b> <b>B</b>		<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>  <b>POLICLÍNICA OSWALDO CRUZ</b> Av. Jorge Teixeira - Setor Industrial, 3862		<b>Medicamento ou Substância</b> <i>Clonazepam</i>	
<i>26</i> de <i>07</i> de <i>23</i> <i>Camila Freire</i> Médica CRM/RO 3705 Assinatura do Emitente		Paciente: _____ Endereço: _____		Quantidade e Forma Farmacéutica <i>6 cx</i>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b> Nome: _____ Endereço: _____ Fone: _____ Ident. Nº: _____ Órgão Emissor: _____		<b>CARIMBO DO FORNECEDOR</b> Nome do Vendedor _____ Data <i>10/08/23</i>		Dose por Unidade Posológica <i>2 mgx</i> Posologia <i>3 x dia</i>	
<small>RONDOFORMS IND. GRÁFICA EIRELI EPP - AV. PINHEIRO MACHADO, 2133 - SÃO CRISTÓVÃO - CEP: 76804-047 - C.N.P.J.: 00465156/0001-48 - INSC. EST. 0000000033455-2 - INSC. MUNICIPAL 068 PORTO VELHO-RO NUMERAÇÃO: 724.425 A 726.925 NUMERAÇÃO: 878.880 A 880.880 AUTORIZAÇÃO VISA Nº: 1398</small>					

Fortaleza, 31 de agosto de 2023.