

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
1a VIA FARMÁCIA	
2a VIA PACIENTE	
Nome Completo:	Manoel Jacobsen Teixeira
CRM: <u>17.968</u>	UF: <u>SP</u>
Endereço Completo e Telefone:	
<u>Rua General Mena Barreto, 756</u>	
<u>(11) 3885-1365</u>	
Cidade: São Paulo UF: <u>SP</u>	

Paciente: Sr. Aparecido Aldemir Cocarelli

Endereço: Rua Jacinto Monteiro, 30

Prescrição:

Uso Oral

Nabix 10.000 mg 6 frascos (100ml)

Tomar por VO 5ml ao dia

São Paulo: 13/10/2025

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____ DATA: ____ / ____ / ____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
1a VIA FARMÁCIA	
2a VIA PACIENTE	
Nome Completo:	Manoel Jacobsen Teixeira
CRM: <u>17.968</u>	UF: <u>SP</u>
Endereço Completo e Telefone:	
<u>Rua General Mena Barreto, 756</u>	
<u>(11) 3885-1365</u>	
Cidade: São Paulo UF: <u>SP</u>	

Paciente: Sr. Aparecido Aldemir Cocarelli

Endereço: Rua Jacinto Monteiro, 30

Prescrição:

Uso Oral

Nabix 10.000 mg 6 frascos (100ml)

Tomar por VO 5ml ao dia

São Paulo: 13/10/2025

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____ DATA: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____ / ____ / ____