

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
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>

1a VIA FARMÁCIA

2a VIA PACIENTE

Paciente: Sr. Aparecido Aldemir Cocarelli

Endereço: Rua Jacinto Monteiro, 30

Prescrição:

Use Oral

Nabix 10.000 mg

6 frascos (100ml)

Tomar por VO 5ml ao dia

São Paulo: 13/10/2025

Assinatura e Carimbo do Emissor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome: _____			
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____			
End.: _____			
Cidade: _____ UF: _____		ASSINATURA DO FARMACÊUTICO	
Telefone: _____		DATA: ____/____/____	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: Manoel Jacobsen Teixeira	
CRM: 17.968	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>

1a VIA FARMÁCIA

2a VIA PACIENTE

Paciente: Sr. Aparecido Aldemir Cocarelli

Endereço: Rua Jacinto Monteiro, 30

Prescrição:

Use 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	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____