

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Dr^a Larissa H. Freire Krohling
Neurologista infantil, crm 6550 e rqe 12014

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo:	CRM:	UF:
End.:	Cidade:	UF:
Tel.:	1ª VIA - FARMÁCIA / 2ª VIA - PACIENTE	

Paciente: Renan Braga de
Endereço: _____
Prescrição: _____

uso oral
lamotrigina 1200mg/ml
farmácia

Deve ser feito
de 12/12h
Data
Assinatura e Carimbo de _____
02/10/20

Dr^a Larissa Freire
CRM 6550 RQE 12014

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico	Data

BULA DOS PRODUTOS NA PARTE INTERNA DO BLOCO

Vitória
Av. N. Senhora da Penha, 699 - Ed. Century Towers - Torre B - Sala 215 - Praia do Canto - CEP: 29056-250
Tel: (27) 3207-5750 / (27) 99516 9934

Vila Velha
Hospital São Luiz - Praça Assis Chateaubriand, 216 - IBES - CEP: 29108-630 - Tel.: (27) 3320-4300
larissahfreire@hotmail.com