

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Drª Karenina Ximenes

CRM: 12310 UF: ES Nº _____

End. Completo: Rua Eugênio Netto, 466

Praia do Canto

Cidade: Vitória UF: ES

Tel.: 27 99944-2058



1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente: João Miguel G.M. Carneiro

Endereço: _____

Prescrição: Uso oral contínuo

① clonidina 200mg/ml Farma USA 02 semanas

Dar 0,5 ml 2x dia

27/02/26

~~Karenina Goldberg
Neurologista Infantil
Neurofisiologia
CRM-ES 12310~~

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÉUTICO DATA ____/____/____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Drª Karenina Ximenes

CRM: 12310 UF: ES Nº _____

End. Completo: Rua Eugênio Netto, 466

Praia do Canto

Cidade: Vitória UF: ES

Tel.: 27 99944-2058



1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente: João Miguel G. M. Carneiro

Endereço: _____

Prescrição: USO oral contínuo

① Lorazepam, 200mg/ml Farma USA 02 frascos

Dar 0,5 ml 2x dia

07/02/26

Karenina Goldberg
Neurologista Infantil
Neurofisiologia
CRM-ES 12310

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÉUTICO DATA ____/____/____