

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE - 107

Nome Completo: CENTRO MEDICO JARDIM

C.R.M.: _____ UF: _____

Endereço: Rua Catequese, 90
Bairro Jardim - CEP: 09090-400

Cidade: SANTO ANDRÉ - SP UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

DR RENAN IEGOROFF
CRM 214250 SP
NEUROLOGIA E MEDICINA DO SONO

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: LUCAS PIRES JACINTO

Endereço: R Da Uniao, 221 - Jardim Sonia Maria CEP 09380250 Maua SP

Prescrição:

USO ORAL / CONTINUO

NABIX 1500MG ----- 03 FRASCOS

TOMAR 0.5ML DE 12 / 12HS

Dr. Renan Iegoroff
Pós Graduação em Neurologia
CRM-SP 214250

Data 10/03/26

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data ____/____/____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE - 107

Nome Completo: CENTRO MEDICO JARDIM

C.R.M.: _____ UF: _____

Endereço: Rua Catequese, 90
Bairro Jardim - CEP: 09090-400

Cidade: SANTO ANDRÉ - SP UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

DR RENAN IEGOROFF
CRM 214250 SP
NEUROLOGIA E MEDICINA DO SONO

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: LUCAS PIRES JACINTO

Endereço: R Da Uniao, 221 - Jardim Sonia Maria CEP 09380250 Maua SP

Prescrição:

USO ORAL / CONTINUO

NABIX 1500MG ----- 03 FRASCOS

TOMAR 0.5ML DE 12 / 12HS

Dr. Renan Iegoroff
Pós Graduação em Neurologia
CRM-SP 214250

Data 10/03/26

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data ____/____/____