

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DR. WILDE MUNDY JUNIOR

CRM: 52.64343-2

Av. das Américas, 3500 - Cond. Le Monde, Edifício Toronto 3000
Bloco 4 - Sala 606 - Portaria 1 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ
CEP: 22640-102

Paciente ROSIMERE RIBEIRO GOMES SILVA

Endereço _____

Prescrição MAOIX 10.000 - 100 ML — 20 FRASCOS

1ª SEMANA: 0,5 ML - 1x AO DIA

2ª SEMANA: 0,5 ML - 2x AO DIA

3ª SEMANA: 1,0 ML - 2x AO DIA

25 / 02 / 26

Data

Dr. Wilde Mundy Junior
Ortopedista
CRM - 52.64343-2

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Identidade _____

Org. Emissor _____

End. _____

Cidade _____ UF _____

Telefone () _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data _____

Assinatura do Farmacêutico