

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Dr^a Karenina Ximenes

CRM: 12310 UF: ES N^o

End. Completo: Rua Eugênio Netto, 466

Praia do Canto

Cidade: Vitória UF: ES

Tel.: 27 99944-2058



1^a Via Farmácia

2^a Via Paciente

Paciente: Patricia Miluê Rodrigues

Endereço: _____

Prescrição: uso oral contínuo

03 meses

① lanaxol Formosa USA 200mg/ml

Doz 0,5 ml 2x dia

10/03/26

Karenina Goldberg
Neurologista Infantil
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: Patrícia Melissa Rodrigues

Endereço: _____

Prescrição: 1100ml contêiner

03/ramos

D Lanabidol Farma USA 500mg/ml

Doz 0,5 ml 2x dia

10/02/2026

~~Karenina Goldberg
Neurologista Infantil
Análise Patológica
CRM-ES 12310~~

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÉUTICO

DATA / /