

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dra. Andreia de Santana Silva Moreira

CRM-RJ 52.59277-2

Avenida Feliciano Sodré, 266, sala 106 - Várzea / Teresópolis/RJ

CEP: 25963-080 - Tel.: (21) 99806-3521

Paciente: Giovanna Fenilberg de Ang
lis

Endereço: _____

Prescrição: Uso inf

1) CONSIDIOL FORRESUSA

200mg/inf - 12uds

dar 0,5 inf 12/12hs

DATA 12 / 12 / 2025

Andreia S
Assinatura do Médico e Carimbo

Assinatura do Médico e Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

Rua: _____ Org. Emissor: _____

Bairro Completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____