

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo *Geovane Furtado Souza Sr.*

CRM *82206* UF *SP* N°

Endereço Completo e telefone: *R. Voluntários de São Paulo 3826*

Cidade: *S. J. do Rio Preto* UF: *SP*

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Dr. Geovane Furtado Souza
Urologista
CRM-SP 82206

R. Voluntários de São Paulo
3826 - Centro
S. J. do Rio Preto

Paciente: *Cláudio Augusto Rompaello*

Endereço: *R. José Felipe Antonio 303*

Prescrição: *Uro OTC*

*(1) Nabilix (CBZ 1.500mg + TMC 45mg) - 03 frs
sem AR. 1 un. ao dia*

Dr. Geovane Furtado Souza
Urologista
CRM-SP 82206

16 de março 2016

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome

Ident.: Órg. Emissor:

End.:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACEUTICO

DATA: / /