

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dra. Cláudia Montenegro Madeira

Clínica Médica - Cardiologia

CRM 52-53249-7 CPF 869.766.487-04

Consultório: Av. das Américas, 16.401 - sala 306 - Recreio - RJ

Tels.: 2437-1730 / 2567-9600

Paciente: Geriana Felipe Soares

Endereço: _____

Prescrição: Nabix com THC 50/12,5

10 gotas a noite

3 vezes

20/03/20

Data

Dra. Cláudia R. M. Madeira
Clín. Médica - Cardiologia
CRM: 52532497

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME _____

IDENT. _____ ORG.EM: _____

ENDEREÇO _____

CIDADE: _____ UF: _____

TEL.: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO