

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA 2ª VIA - PACIENTE

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



# marco orsini

Neurologia e Recuperação

CRM: 52.97802-7

Rua Nóbrega, 127 - Sala 607 - Jardim Icarai (Esquina com a Rua Domingues de Sá)  
Tel.: Consultório: (21) 97148-8370 / Residência: (21) 3608-7354 / Celular (21) 98004-9832

Paciente: WASHINGTON FERREIRAS

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: 020 ml

NOBIX FORTE

0,5ML de 12 em 12 horas

154 MAS CAS / ONO

Marco Orsini  
Neurologia  
CRM: 52.97802-7  
Não substitua  
esta prescrição

17 / 03 / 2026

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO EMITENTE

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Órg. Em.: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO  
FARMACÊUTICO

DATA