



PREFEITURA  
**ARAGUAÍNA**

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUAÍNA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CIDADE QUE NÃO PARA

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª Via - Farmácia  
2ª Via - Paciente

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

*Dra. Gabriela Guedes*  
Médica  
CRM-TO 5445 / RQE 3634

PACIENTE: *Luizyzy Sofia Sousa Rocha*

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO: *Uso Oral*

*1) Conotridiel formausa - 200 mg / CB 1<sup>30</sup> - ml*

*Dose 0,5 ml de 12/12h. 2 vezes*

*14101126*

Clinica Escola Mundo Autista  
32.745.840/0001-70  
Rua José Elias Rosa, S/N Bairro São João  
CEP: 77.807-025 - Araguaína - TO

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: \_\_\_\_\_

IDENT.: \_\_\_\_\_ ÓRG. EMISSOR: \_\_\_\_\_

END.: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_