



RECEITUÁRIO
CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM

UF - SP

Endereço:

Telephone:

Cidade:

1º VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Nuria H. Masini

Endereço: _____

Prescrição: 1000 ml

① Nalox 10.000 mg ————— 3 flacons
Lọ nhỏ 1 ml 2 x 20 viên.

[Handwritten signature]
Geriatrics
CRM 168773

18/03/26

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telephone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA

FORM-UNI-GRA-002 REV01

ANS - n° 35403-1

