

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - Farmácia / 2ª Via - Paciente

## - Identificação do Emitente -

*Dra. Natasha Geisel*

Neuropediatria

CRM-RJ 52.96078-0

Rua Nóbrega, 127 - sala 404 - Jardim Icaraí - Niterói - RJ

CEP: 24220-320 - Tel: (21) 99893-4673

Paciente:

*Thomas Dias Reis*

Endereço:

Prescrição:

*no oral*

①

*Conchudal 100mg*

*- 3 unhas*

*Health nets*

*Dar 6 gotas 1x/dia*

*Dra. Natasha Geisel  
Neuropediatria  
CRM: 5296078-0*

Data:

*13 / 10 / 25*

Assinatura e Carimbo do Emitente

## Identificação do Comprador

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

Ident.: \_\_\_\_\_

Org. Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

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

## Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_