

Receituário Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo LUAS LARA HAKMET

CRM N° 2911 UF MS

Endereço completo _____

Telefone _____ Cidade _____ UF _____

1ª Via
Retenção
na Farmácia
ou Drogeria

2ª Via
Orientação
ao paciente

Paciente: ANA LI PEREIRA DO NASCIMENTO

Endereço: _____

Prescrição: Uso Oral

1- NABIX NIGHT

Tomar 4 gotas / noite

(0,2 ml no x e 0,2 ml)
de manhã

06 frascos

Data 30/03/26

~~Carimbo e Assinatura do Médico~~

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo _____

Identidade _____ Órg. Emissor _____

Endereço completo _____

Telefone _____

Cidade _____ UF _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data ____/____/____