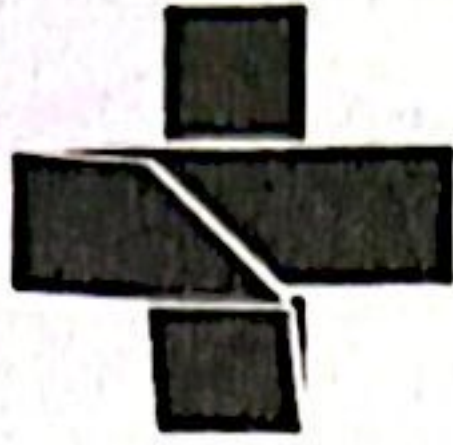


SUS



SISTEMA  
ÚNICO DE  
SAÚDE



PREFEITURA  
MUNICIPAL  
DE VILA VELHA

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

Nome Completo: Dra. Kerolaine B. Schaefer  
*Medica*  
*CRM ES 20374*

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

Endereço completo e telefone: \_\_\_\_\_

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

07/04/2026

Paciente: Franisco Luiz Corina

Endereço: Via Oral

Prescrição: 1/CPB baseado 6000  
50 mg 1x/dia - 2x/dia  
contínuo.

Touma Band et 12/12  
bravo.

## IDENTIFICAÇÃO DE QUEM RECEBE O(S) MEDICAMENTO(S)

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

Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

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

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

## IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

CARIMBO

Assinatura do Farmacêutico / Atendente \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_