

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: MARIELZA FERNANDEZ VEIGA
CRM Ba Nº 9944

Endereço Completo e Telefone Rua Território do
Acre, 65 Pituba CEP 41830-110
Cidade: Salvador UF: Bahia

1ª. Via Farmácia

Dra. Marielza Fernandez Veiga
Neurologia / Epilepsia
CRM/9944 / RQE 5032

15-03-26

ASSINATURA DO MÉDICO,
DATA E CARIMBO

Paciente: Leidiane Gomes Machado

Prescrição:

Puridiol 1ml 200mg _____ 08 vidros

Tomar 1ml de 12-12h (24 vd por ano)

Uso contínuo

IDENTIFICAÇÃO COMPRADOR

Nome: Leidiane Gomes Machado

Ident: _____ Orgão emissor _____

End: Rua Gáudio Vargas, Nº 92

Cidade: Ilhéus UF: BA

Telefone: 73 991246829

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico _____ Data ____/____/____