

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Drª Karenina Ximenes

CRM: 12310 UF: ES Nº _____

End. Completo: Rua Eugênio Netto, 466

Praia do Canto

Cidade: Vitória UF: ES

Tel.: 27 99944-2058



1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente: Guilherme Baptista Pereira

Endereço: _____

Prescrição: uso medicamentoso

① lanaxsichol 100mg/ml Farma USA 03 pacos

Dor 0,2 ml 2x dia

07/04/26

Karenina Goldberg
Neurologista Infantil
Neurofisiologia
CRM-ES 12310

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÉUTICO _____

DATA ____/____/____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Drª Karenina Ximenes

CRM: 12310 UF: ES Nº _____

End. Completo: Rua Eugênio Netto, 466

Praia do Canto

Cidade: Vitória UF: ES

Tel.: 27 99944-2058



1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente: _____

Guilherme Baptista Pereira

Endereço: _____

Prescrição: _____

usar via contínuo

1) Lanaxicid 100mg/ml Farma USA 0,3ml

Dos: 0,2 ml 2x dia

07/04/16

Karenina Goldberg
Neurologista Infantil
CRM ES 12310

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÉUTICO DATA ____/____/____