

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>
<b>Dra. Simone Consuelo de Amorim</b> CRM 98.656/SP
Rua dos Pinheiros, 498 - Cj. 81 Cep 05422-000 - São Paulo - SP Tel.: (11) 2309-4590

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Yune Aini Sughara  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Prescrição: R: Meida Meis 120 SL

CBD Fama USA 100 mg - 03 foles  
Ameloxias

Dra. Simone C. de Amorim 12/10/26  
Neurologista Infantil

<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>
Nome Completo: _____
Ident.: _____ Or. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b>
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA ____/____/____