

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Dr<sup>a</sup> Karenina Ximenes

CRM: 12310 UF: ES N°: \_\_\_\_\_

End. Completo: Rua Eugênio Netto, 466  
Praia do Canto

Cidade: Vitória UF: ES

Tel.: 27 99944-2058

1<sup>a</sup> Via Farmácia

2<sup>a</sup> Via Paciente

Paciente: Sofia S. Soares

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: Uso oral contínuo

① lanaxamol Farma USA 200mg/ml 03 pacas

Dos 0,7 ml 2x dia

*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

28, 01, 26