

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA 2ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CLÍNICA DA MENTE

CNPJ: 22.931.376/0001-52

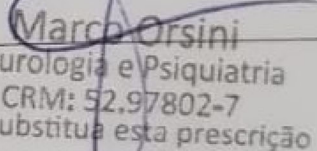
Rua Dr. Celestino, 122 - Salas 918 à 920 e 922 - Centro - Niterói - RJ
Tels.: (21) 2717-8127 / 98596-2449 WhatsApp

Paciente: ENIRTES ROMIGUES ROCHA

Endereço: _____

Prescrição: USO ORAL

CONABIMOL FARMSUSA 200mg/ml 4 FRASCOS
0,5ml 12 em 12 h


Marco Orsini
Neurologia e Psiquiatria
CRM: 52.97802-7
Não substitua esta prescrição

08/04/2026

Data

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identidade: _____ Órg. Em.: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO
FARMACÊUTICO

DATA