

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: CELLOS FERRAZ OLIVEIRA

Endereço: _____

Prescrição: uso oral

ADIX FOLIE 95 CSD / 916 THC

0,75 HC 2x ao dia

6 dias

06 / 02 / 2026

Data

Marcelo Orsini
CRM 1117602-7

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identidade: _____ Órg. Em.: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO
FARMACÊUTICO

DATA