

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: Rafael Gustavo Orletta

Endereço: _____

Prescrição: usar contínuo

03 horas

① Paracetamol Farma USA 200mg/ml

Dor 0,5 ml 2x dia

10/04/26

*Karenina Goldberg
Neurologista Infantil
CRM 12310*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÉUTICO

DATA / /

