

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA 2ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



**marco orsini**

Neurologia e Neuropsiquiatria  
CRM 52 97802-7

Rua Nóbrega, 127 Sala 607 - Jardim Icarai (Esquina com a Rua Domingues de Sá)  
Tel.: Consultório (21) 97148-8370 / Residência (21) 3608-7354 / Celular (21) 98004-9832

Paciente: VITORSSO DE BENEDETO SILVA

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: USO ORAL

FARMID USA 200 CSD

8 GOTAS 2X/DIA

24 dias

01 / 04 / 2026

Marco Orsini  
Neurologia  
CRM 52 97802-7  
Não substitua  
esta prescrição

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Órg. Em.: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO  
FARMACÊUTICO

DATA