

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

43 293.604/0013-101

C.R.M.: _____ UF: _____

Endereço: CENTRO MEDICO IARDIM

Cidade: Rua Catequese, 90 UF: _____

Telefone: Iardim - CEP: 09090-400

SANTO ANDRE - SP

Paciente:

MARIA JORIELINA DA SILVA

Endereço:

R. Itacolopus - 170.

Prescrição:

UO ORAL / CONTINUO

① NABIX 1500mg

TOMAR 0,5ml

12/12hs

03 frascos

Data 14/4/2026

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

CARIMBO DO MÉDICO

Dr. Renato Agoroff
Pós Graduação em Neurologia
CRM-SP 214250

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data ____/____/____