# 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**

Criar
CENTRO DE ATENÇÃO A SAÚDE E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente: Davi Barcelos Loureiro

Endereço:

Prescrição: uso oral contínuo

02 frascos

① Lamotrigina Farma USA 200mg/ml

Dor 0,5 ml 2x ao dia

17/12/25

Karenina Goldberg
Neurologista Infantil
Neurofisiologia
CRM-ES 12310

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Órg. Emissor:

End:

Cidade: UF:

Tel:

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÊUTICO DATA ____/____/____