

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Dr^a. Roussiane Alves Gaioso
NEUROLOGIA | CRM-GO 15235 | RQE 9550

☎ FONES (62) 3217-5555 / 99233-3973 @draroussianegaioso
Av. Cora Coralina Esq. c/ Rua 103 - Setor Sul - CEP 74.080-445 - Goiânia - GO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO: Angelina Dias Soares

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE N°:

PRESCRIÇÃO

Uno Ibol

OL) tabule 10.000 mg/300mg - 12 fr
Premuin Kepar Dil
Comar 0,5ml 12/12L

DATA: 15 / 04 / 2026.

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO PRESCRITOR:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE N°:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

Dr^a. Roussiane Alves Gaioso
Neurologia
Unimed Goiânia-067/15.235-4
CRM-GO 15.235 / RQE-9550