Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Volta Redonda
Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

Receituário de Controle Especial

Dados do Fornecedor

Unidade de Saúde _____

Nome do Médico _____ CRM _____

Identidade _____ Órgão Emissor _____

Endereço _____

Cidade _____ UF _____ Telefone ( ) _____

Dados do Paciente

Cartão do SUS |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome Igor Carvalho de Oliveira

Endereço _____

Cidade _____ UF _____ Telefone ( ) _____

Prescrição uso oral:

1) Nabix 10.000 ui 100 ui/ml — 02 FR

Dar 0,5 ml 3x/dia

P84.0

Dr. Marcelo M. Netto
Médico Pediatra
CRM 520982377

12 / 11 / 25

Assinatura e Carimbo

Identificação do Comprador

Nome _____

Identificação _____ Org. _____

Endereço _____

Cidade _____ UF _____

Telefone ( ) _____

Assinatura do Farmacêutico

Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda
Rua 566, nº 31 – Bairro Nossa Senhora das Graças
Telefone: (24) 3339-9696 E-mail: gs.sms@epdvr.com.br