



Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa

Rua Pinto Ribeiro, 205 - Centro - Barra Mansa - RJ
TEL.: (24) 3325-8300
FUNDADA EM 1860

RECONHECIDA DE UTILIDADE PÚBLICA, FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL
É proibido qualquer tipo de cobrança dos serviços prestados à pacientes do SUS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	_____
CRM:	_____ UF: _____
E-Endereço:	Rua Pinto Ribeiro, nº 205 - Centro Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa
Cidade:	Barra Mansa - RJ
Telefone:	_____

Dr. Pedro de A. Godinho
Médico
CRM 52-0097703-9

Paciente: Adriana de Oliveira Martins

Endereço: _____

Prescrição: Noxix 1.0000 6 frasco,
uso contínuo

Data: 20/03/14

Dr. Pedro de A. Godinho
Médico
CRM 52-0097703-9
Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	_____
Ident.:	Org. Emissor: _____
End.:	_____
Cidade:	UF: _____
Telefone:	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	Data: _____



Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa

Rua Pinto Ribeiro, 205 - Centro - Barra Mansa - RJ
TEL.: (24) 3325-8300
FUNDADA EM 1860

RECONHECIDA DE UTILIDADE PÚBLICA, FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL
É proibido qualquer tipo de cobrança dos serviços prestados à pacientes do SUS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	_____
CRM:	_____ UF: _____
E-Endereço:	Rua Pinto Ribeiro, nº 205 - Centro Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa
Cidade:	Barra Mansa - RJ
Telefone:	_____

Dr. Pedro de A. Godinho
Médico
CRM 52-0097703-9

Paciente: Adriana de Oliveira Martins

Endereço: _____

Prescrição: Noxix 1.0000 6 frasco
uso contínuo

Data: 20/03/14

Dr. Pedro de A. Godinho
Médico
CRM 52-0097703-9
Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	_____
Ident.:	Org. Emissor: _____
End.:	_____
Cidade:	UF: _____
Telefone:	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	Data: _____