

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



1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente: Samuel Lopes Vieira

Endereço: _____

Prescrição: uso oral contínuo

31 meses/ano

① Isodiolx (6.000) 50mg/ml CBS

Dar 5ml 2x dia (12h/2h)

23/01/26

Karenina Goldberg
Neurologista Infantil
Neurofisiologia
CRM-ES 12310

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÉUTICO DATA ____/____/____

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



1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente: _____

Samuel Lopes Vieira

Endereço: _____

Prescrição: _____

uso contínuo

31 dias

① *Levetiracetam (6.000) 50mg/ml CBD*

1ml 2x/dia (12/12h)

23/01/20

Karenina Goldberg
Neurologista Infantil
Neurofisiologia
CRM ES 12310

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÉUTICO _____

DATA ____/____/____