

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Dr^a Karenina Ximenes

CRM: 12310 UF: ES N^o _____

End. Completo: Rua Eugênio Netto, 466

Praia do Canto

Cidade: Vitória UF: ES

Tel.: 27 99944-2058



1^a Via Farmácia

2^a Via Paciente

Paciente: Arthur Bueno da Silva

Endereço: _____

Prescrição: 400 mg contínuo

① Carabidol 200mg/ml Farma USA 02 pacos

Dor 0,5 ml 2x dia

20/02/26

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



Criar

CENTRO DE ATENÇÃO A SAÚDE
E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente: Arthur Bueno da Silva

Endereço: _____

Prescrição: 400 malcontínuo

Dr. Cambidol 200mg/ml Farma USA Ozberg

Dor 0,5 ml 2x dia

20/08/26

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 / /