

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1º VIA FARMÁCIA: 15475534 2º VIA PACIENTE: 15475534

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Guilherme Almeida
Nome do conselho: CRM UF: RN N°: 6677
Endereço completo: Rua Pedro Velho, nº 312 Santo Antônio
Cidade: Mossoró UF: RN Telefone: (84)991254874

Paciente: ANTONIO CELESTINO LOPES
Endereço: ITAJA

PrescriptionDate: **21 May, 2018**

Drug Name	Strength	Frequency	Instructions
Comprimido CIPROFLOXACINO	500 mg	1 - 0 - 1 Morning Afternoon Night	14 day(s) TOMAR 1 COMPRIMIDO 12/12 HORAS. POR 14 DIAS
Comprimido CLINDAMICINA	300 mg		14 day(s) TOMAR 2 COMPRIMIDOS, 6/6 HORAS. POR 14 DIAS

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Iden: _____ Órg. Emissor: _____
End: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO
DATA: ____/____/____