

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

1º VIA FARMÁCIA: 15680144 2º VIA PACIENTE: 15680144

## 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

**Prescription**Date: **6 Jun, 2018**

Drug Name	Strength	Frequency	Instructions
Comprimido <b>CEFALEXINA</b>	500 mg		14 day(s) TOMAR 1 COMPRIMIDO, 6/6 HORAS

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Iden: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_  
End: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_