

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1º VIA FARMÁCIA: 15679490 2º VIA PACIENTE: 15679490

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 CIPROFLOXACINO	500 mg	1 - 0 - 1 Morning Afternoon Night	14 day(s) After Food TOMAR 1 COMPRIMIDO 12/12 HORAS
Comprimido CLINDAMICINA	300 mg		14 day(s) TOMAR 2 COMPRIMIDOS, 6/6 HORAS
Pomada COLAGENASE			3 month(s) APLICAR NA LESÃO 1 VEZ AO DIA, NA TROCA DE CURATIVO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____