

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1º VIA FARMÁCIA: 15772506 2º VIA PACIENTE: 15772506

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: Dalvani Dantas de Lira e Evangelista
Endereço: Rua Cleodon Almeida,30 Abolição Mossoró

PrescriptionDate: **13 Jun, 2018**

Drug Name	Strength	Frequency	Instructions
Comprimido CEFALEXINA	500 mg		7 day(s) TOMAR 1 COMPRIMIDO, 6/6 HORAS. POR 7 DIAS 28 COMPRIMIDOS

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____