

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1º VIA FARMÁCIA: 15665532 2º VIA PACIENTE: 15665532

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: GILVANIR ALVES DA SILVA NUNES

Endereço: APODI

Prescription

Date: 5 Jun, 2018

| Drug Name | Strength | Frequency | Instructions |
|------------------------------------|----------|--------------------------------------|---|
| Comprimido AMITRIPTILINA | 25 mg | 0 - 0 - 2 Morning Afternoon Night | 3 month(s) TOMAR 2 COMPRIMIDOS A NOITE |

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____