

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1º VIA FARMÁCIA: 18457400 2º VIA PACIENTE: 18457400

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: **11 Dec, 2018**

Drug Name	Strength	Frequency	Instructions
Comprimido PREGABALINA	75 mg	1 - 0 - 1 Morning Afternoon Night	TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO
DATA: ____/____/____