

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1º VIA FARMÁCIA: 14845048 2º VIA PACIENTE: 14845048

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: Guilherme Almeida

Endereço:

PrescriptionDate: **4 Apr, 2018**

Drug Name	Strength	Frequency	Instructions
Comprimido PACO	30 mg		TOMAR 1 COMPRIMIDO, 6/6 HORAS, SE DOR FORTE
Comprimido PACO	30 mg		TOMAR 1 COMPRIMIDO, 6/6 HORAS, SE DOR FORTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Iden: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____