

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

1º VIA FARMÁCIA: 16256340 2º VIA PACIENTE: 16256340

## 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: ANTONIA DAMIANA DO NASCOMENTO  
Endereço: PAU DOS FERROS

## Prescription

Date: 17 Jul, 2018

Drug Name	Strength	Frequency	Instructions
<b>CLAVULIN 875MG/125MG</b>		1 - 0 - 1 Morning Afternoon Night	14 day(s) TOMAR 1 CP, 12/12 HORAS

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Iden: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_  
End: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_