

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1º VIA FARMÁCIA: 16170988 2º VIA PACIENTE: 16170988

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: Maria do Socorro Maia de Miranda
Endereço: Rua Lopes Trovão 842 Doze Anos Mossoró

PrescriptionDate: **11 Jul, 2018**

| Drug Name | Strength | Frequency | Instructions |
|----------------------------------|----------|--------------------------------------|---|
| Comprimido PREGABALINA | 75 mg | 1 - 0 - 1 Morning Afternoon Night | 2 month(s) 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: ____/____/____