

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

1º VIA FARMÁCIA: 16586666 2º VIA PACIENTE: 16586666

## 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: Francisco Cavalcante Do Nascimento  
Endereço: Rua Francisco Belo de Oliveira Bela Vista Assu

**Prescription**Date: **8 Aug, 2018**

Drug Name	Strength	Frequency	Instructions
Comprimido <b>CEFALEXINA</b>	500 mg		TOMAR 1 COMPRIMIDO, 6/6 HORAS, POR 14 DIAS
Injeção <b>BENZIL PENICILINA</b>	1200000 IU		APLICAR VIA INTRAMUSCULAR PROFUNDA, EM DOSE UNICA

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

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