

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1º VIA FARMÁCIA: 17679436 2º VIA PACIENTE: 17679436

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 DE LOURDES AMORIM CAVALCANTE

Endereço:

PrescriptionDate: **18 Oct, 2018**

Drug Name	Strength	Frequency	Instructions
Comprimido AMITRIPTILINA	25 mg	0 - 0 - 2 Morning Afternoon Night	3 month(s) TOMAR 2 COMPRIMIDOS A NOITE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____