

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1º VIA FARMÁCIA: 18350412 2º VIA PACIENTE: 18350412

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 DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SILVA
Endereço: APODI

PrescriptionDate: **4 Dec, 2018**

Drug Name	Strength	Frequency	Instructions
Comprimido CEFALEXINA	500 mg		14 day(s) TOMAR 1 COMPRIMIDO, 6/6 HORAS. por 14 dias

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: ____/____/____