

Receituário de Controle Especial

Dados do Fornecedor

de Saúde _____
o Médico _____ CRM _____
de _____ Órgão Emissor _____
ço _____
_____ UF _____ Telefone () _____

Dados do Paciente

Cartão do SUS | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cristina MANGALAS de Souza Sechi

ço _____

_____ UF _____ Telefone () _____

ção *Óleo de Comuabris full spectrum*

Medxay 3000mg/30ml - 02 fls

luccia 05 gotas 02x ao dia

Dr. Marcelo V. Netto
Médico
CRM: 52098237-7

Assinatura e Carimbo

Identificação do Comprador

ão _____ Org. _____

_____ UF _____

) _____

Assinatura do Farmacêutico

Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda
Rua 566, nº 31 - Bairro Nossa Senhora das Graças
Telefone: (24) 3339-9696 E-mail: gs.sms@epdvr.com.br