



SUS Único
de Saúde

Receituário de Controle Especial

Dados do Fornecedor

Unidade de Saúde _____

Nome do Médico _____ CRM _____

Identidade _____ Órgão Emissor _____

Endereço _____

Cidade _____ UF _____ Telefone () _____

Dados do Paciente

Cartão do SUS | _ _ _ _ _

Nome Francisco Rocha Nogueira

Endereço _____

Cidade _____ UF _____ Telefone () _____

Prescrição Óleo de camomila full spectrum

Med/Layer 3000mg/30ml - 02/15

Индия осыған 2X арды

Dr. Marcelo M. Netto

Médico Pediatra

CK: 52098237-7

Assinatura e Carimbo

14, 10, 24

Identificação do Comprador

Nome _____

Identificação _____ Org _____

Endereço _____

Cidade _____ UF _____

Telephone () _____

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