

Receituário de Controle Especial

Dados do Fornecedor

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

Dados do Paciente

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

Maria Eduarda Pinheiro de Souza

po _____

_____ UF _____ Telefone () _____

ção Óleo de Camuabá full Spectrum

Medhaya 3000mg/30ml - 02 fls

- Iniciar 05 gotas 02x ao dia

Dr. Marcelo M. Netto

Médico Pediatra

CRM: 52098237-7

14/10/24

Assinatura e Carimbo

Identificação do Comprador

So _____ 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