



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 Ana Louisa Vicente de Abreu
Endereço _____
Cidade _____ UF _____ Telefone () _____
Prescrição Óleo de Camuabris felle spectrum
Medkhaya 3000ung/30ml. - 02 ps
Iniciem 05 gotas 02x ao dia
14 / 10 / 24
Dr. Marcelo M. Netto
Médico
CRM 32098237-7
Assinatura e Carimbo

Identificação do Comprador

Nome _____
Identificação _____ Org. _____
Endereço _____
Cidade _____ UF _____
Telefone () _____

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