

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA

2ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

InnoVe

Cel/☎ : (22) 9 9930 4974 / Tel: (22) 3842 1518

Rua Schuwartz Vieira, 53 - Centro - Porciúncula - RJ - CEP: 28390-000

Paciente:

João Magalhães

Endereço:

Prescrição:

*do de equalis Mid/oxa 1200 mg
CBD full spectrum 3000 mg
3 x 10 gotas / dia
10 gotas 3x1 dia*

31.10.24.

Data

Dra. Milene Rezende Monteiro
CREMERJ 256923-0

Assinatura e Carimbo
do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Org. Em.:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do
Farmacêutico

Data

Portaria 344 - Art. 52 - Formulário de Receita de Controle Especial - Válida em todo território nacional