

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Deividson B. Reser
CRM: _____ UF: PE
Endereço: _____
Cidade: Umari UF: PE
Telefone: _____

1ª Via Retenção Farmácia ou Drogaria
2ª Via Orientação ao Paciente

Carimbo e Assinatura
Carimbo e Assinatura
Data: 07/09/2023 / 09 / 24

Paciente: Jorgeel Serrão Oliveira

Endereço: Umari - PE

Prescrição: Olho CBD med Kaya Fullspectrum 10%

3000 mg - 2 gotas

4 gotas 11 manhã

4 gotas 2 noite

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
RG: _____ Órg. Emissor: _____ UF: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO