



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 Maria Helena da Silva Dali

Endereço _____

Cidade _____ UF _____ Telefone () _____

Prescrição Óleo de Cornedrin full spectrum

Med Vaya 300mg/30ml - 02 fus

Iniciar 05 gotas 02x ao dia

Dr. Marcelo M. V.

Médico
CRM: 52095

14, 10, 24

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