

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

Rua Manoel da Silva Machado, 554 - Centro
CEP 86350-000 - Santa Mariana - PR

Fone: (43) 3531-1436

Hospital **Sa Alice**

Paciente: _____

Endereço: Pr. Elia Nery

Prescrição: _____

Recom. de 10x 100mg de Clozapina
1000mg 12h

Data 01/05/25

João Kosiow Neto
CRM/PR 22476 RQE 2161
Ginecologista - Obstetriz - RQE 26337
Reprodução Assista - RQE 26337
Instituto Ginecologia - RQE 26337

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo _____

Ident. _____ Org. Emissor _____

End. Completo _____

Telefone _____

Cidade _____ UF _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data ____/____/____

