**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**



|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE** | 1ª Via : Retenção da Farmácia ou Drogaria  2ª Via  : Orientação ao Paciente |
|  |  |

**Paciente: Maria Ledes Albuquerque Rodrigues**

**Endereço: Rua Coronel Machado Leite N. 121, Cuiaba - MT**

**Prescrição:**

**Zoloft** ou **Tolrest / Sertralina** 100mg ------------------------------- uso continuo

Tomar 1 comprimido por dia .

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DRA CARLA T RODRIGUES**

**CRM 100125**

|  |  |
| --- | --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
| Nome Completo  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ident \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Org. Emissor :\_\_\_\_\_\_\_  Endereço : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Assinatura do Farmacêutico              Data |