

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: Isolda F. de Araújo

CRM: 107017 UF: SP Nº: \_\_\_\_\_

Endereço completo e telefone: R. Xerentes, 124

Cidade: SP UF: SP

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via orientação do Paciente

Dra. Isolda de Araújo  
Médica Fisiatra  
CRM-SP 107017

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Valdeci Santos da Silva

Endereço: R. Palmita, 37

Prescrição: \* Uso tópico.

① Amitriptilina \_\_\_\_\_ 2,5%.

② Lidocaína \_\_\_\_\_ 5%.

③ Cetoprofeno \_\_\_\_\_ 1%.

④ Salicilato de metila \_\_\_\_\_ 10%.

Excp ssp - gel transdérmico. Fazer 100g.

Aplicar no local dolorido 3x/dia

Data: 27/10/17

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data