

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: MATHEUS RIBEIRO RODRIGUES

CRM:

UF:

ENDEREÇO COMPLETO:

null, , null, null,

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

DATA: 01/06/2022

ASSINATURA MÉDICO(A)

NOME PACIENTE: MARCOS FELIPE

ENDEREÇO COMPLETO: Avenida T 63, , , Jardim América, CEP: 74.250-320, Goiânia-GO

PRESCRIÇÃO:

7 un. Testosterona 200mg --- implante(s)

Obs.: aplicar subcutâneo.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO:

MATHEUS RIBEIRO RODRIGUES

RG: 6288382

ÓRGÃO EMISSOR: ssp

ENDEREÇO COMPLETO:

null, , null, null,

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME FARMACÊUTICO:

UF:

UF:

NOME FARMÁCIA:

ENDEREÇO

CIDADE

UF:

CNPJ:

TELEFONE:

ASSINATURA FARMACÊUTICO(A)