



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: FERNANDO PRATA DE FIGUEIREDO
Especialidade: Médico otorrinolaringologista CRM:/SP 102739
End.Completo: Rua Manoel Coelho 552 salas 13/14 UF: SP
Telefone: (11) 4221-4693
Cidade: São Caetano do Sul

1° Via - Farmácia

2° Via - Paciente

Para: GUILHERME FELIPE DE SOUZA VILELA

Endereço: AVENIDA GAGO COUTINHO 340

Prescrição:

USO OTOLÓGICO

1-OTOBETNOVATE

APLICAR 3 GOTAS 3X/DIA POR 7 DIAS NOS OUVIDOS

São Caetano do Sul, 08/01/2025

FERNANDO PRATA DE FIGUEIREDO

Médico otorrinolaringologista

CRM: 102739 SP - RQE: 67685

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data ____/____/____



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: FERNANDO PRATA DE FIGUEIREDO
Especialidade: Médico otorrinolaringologista CRM:/SP 102739
End.Completo: Rua Manoel Coelho 552 salas 13/14 UF: SP
Telefone: (11) 4221-4693
Cidade: São Caetano do Sul

1º Via - Farmácia

2º Via - Paciente

Para: GUILHERME FELIPE DE SOUZA VILELA

Endereço: AVENIDA GAGO COUTINHO 340

Prescrição:

USO OTOLÓGICO

1-OTOBETNOVATE

APLICAR 3 GOTAS 3X/DIA POR 7 DIAS NOS OUVIDOS

São Caetano do Sul, 08/01/2025

FERNANDO PRATA DE FIGUEIREDO

Médico otorrinolaringologista

CRM: 102739 SP - RQE: 67685

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data __/__/__