



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Irene Kiyosue Pereira.**

Endereço:

Data: **17/05/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Amitriptilina 25mg 120cp.
Tomar 1cp VO, 2x/dia.

2- Bupropiona 150mg 120cp.
Tomar 1cp VO, 2x/dia.

3- Levozine 100mg 120cp.
Tomar 1cp VO, 2x/dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident.: Órg. Emissor:
Endereço:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico ____/____/____
Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Irene Kiyosue Pereira.**

Endereço:

Data: **17/05/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Amitriptilina 25mg 120cp.
Tomar 1cp VO, 2x/dia.

2- Bupropiona 150mg 120cp.
Tomar 1cp VO, 2x/dia.

3- Levozine 100mg 120cp.
Tomar 1cp VO, 2x/dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident.: Órg. Emissor:
Endereço:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico ____/____/____
Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Adriana Aparecida da Silva.**

Endereço:

Data: **12/05/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Carbamazepina 200mg 60cp.
Tomar 1cp VO, 1x/dia.

2- Depakene 250mg 60cp.
Tomar 1cp VO, 1x/dia.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Adriana Aparecida da Silva.**

Endereço:

Data: **12/05/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Carbamazepina 200mg 60cp.
Tomar 1cp VO, 1x/dia.

2- Depakene 250mg 60cp.
Tomar 1cp VO, 1x/dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:	Órg. Emissor:		
Ident.:			
Endereço:			
Cidade:	UF:	Assinatura do Farmacêutico	____/____/____ Data
Telefone:			

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:	Órg. Emissor:		
Ident.:			
Endereço:			
Cidade:	UF:	Assinatura do Farmacêutico	____/____/____ Data
Telefone:			



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Éder Adriano Garbeline.**

Endereço:

Data: **26/04/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Escitalopram 10mg ----- 60cp.

Tomar 1cp V.O., 1x/dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident.: Órg. Emissor:
Endereço:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico ____/____/____
Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Éder Adriano Garbeline.**

Endereço:

Data: **26/04/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Escitalopram 10mg ----- 60cp.

Tomar 1cp V.O., 1x/dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident.: Órg. Emissor:
Endereço:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico ____/____/____
Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Nazaré Pereira Nunes.**

Endereço:

Data: **26/04/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Fenitoína 100mg ----- 180cp.

Tomar 1cp V.O., 3x/dia.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Nazaré Pereira Nunes.**

Endereço:

Data: **26/04/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Fenitoína 100mg ----- 180cp.

Tomar 1cp V.O., 3x/dia.

<u>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</u>		<u>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</u>	
Nome:			
Ident.:	Órg. Emissor:		
Endereço:			
Cidade:	UF:	Assinatura do Farmacêutico	____/____/____ Data
Telefone:			

<u>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</u>		<u>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</u>	
Nome:			
Ident.:	Órg. Emissor:		
Endereço:			
Cidade:	UF:	Assinatura do Farmacêutico	____/____/____ Data
Telefone:			



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Josefa Aparecida Fagundes.**
Endereço:
Data: **05/04/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Fluoxetina 20mg ----- 120cp.
Tomar 1cp V.O., 2x/dia.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Josefa Aparecida Fagundes.**
Endereço:
Data: **05/04/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Fluoxetina 20mg ----- 120cp.
Tomar 1cp V.O., 2x/dia.

<u>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</u>	<u>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</u>
Nome: Ident.: Endereço: Cidade: Telefone:	Órg. Emissor: _____/_____/_____ Assinatura do Farmacêutico Data

<u>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</u>	<u>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</u>
Nome: Ident.: Endereço: Cidade: Telefone:	Órg. Emissor: _____/_____/_____ Assinatura do Farmacêutico Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Fernando Roberto Braga.**

Endereço:

Data: **26/04/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Ludiomil 75mg ----- 02 caixas.

Tomar 1cp V.O., 1x/dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident.: Órg. Emissor:
Endereço:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____/_____/_____
Assinatura do Farmacêutico Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Fernando Roberto Braga.**

Endereço:

Data: **26/04/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Ludiomil 75mg ----- 02 caixas.

Tomar 1cp V.O., 1x/dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident.: Órg. Emissor:
Endereço:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____/_____/_____
Assinatura do Farmacêutico Data



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Lauro Eduardo Heiderich Neto.**

Endereço:

Data: **05/04/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Gardenal 100mg ----- 120cp.

Tomar 1cp V.O., 2x/dia.

2- Carbamazepina 200mg ----- 120cp.

Tomar 1cp V.O., 2x/dia.

2- Amplictil 100mg ----- 120cp.

Tomar 1cp V.O., 2x/dia.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Centro de Saúde de Guararapes
Rua Maestro Pedro Sala, 920 – Tel. 3406-9010
GUARARAPES – SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: **Lauro Eduardo Heiderich Neto.**

Endereço:

Data: **05/04/2016**

Prescrição:

Uso int:

1- Gardenal 100mg ----- 120cp.

Tomar 1cp V.O., 2x/dia.

2- Carbamazepina 200mg ----- 120cp.

Tomar 1cp V.O., 2x/dia.

2- Amplictil 100mg ----- 120cp.

Tomar 1cp V.O., 2x/dia.

<u>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</u>		<u>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</u>	
Nome:	Órg. Emissor:	Assinatura do Farmacêutico	_____/_____/_____ Data
Ident.:	UF:		
Endereço:			
Cidade:			
Telefone:			

<u>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</u>		<u>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</u>	
Nome:	Órg. Emissor:	Assinatura do Farmacêutico	_____/_____/_____ Data
Ident.:	UF:		
Endereço:			
Cidade:			
Telefone:			

