

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr. MARCUS FREITAS DE OLIVEIRA

CRM 55376

RUA GENERAL EMILIO LUCIO ESTEVES, 1042 - SAGRADA

FAMÍLIA - CEP: 95611018

Tel/Fax: 5125009300 - TAQUARA - RS

1ª via - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª via - Orientação do Paciente

Dr. Marcus Freitas de Oliveira  
Médico  
CRM-RS 55376

Carimbo e Assinatura do Médico

Paciente: ARTHUR CUCCAROLO

Endereço: SEBASTIAO AMORETTI, 2130 - TAQUARA

Prescrição: 1---CETOPROFENO 100 MG  
TOMAR 1 CP DE 12 EM 12 HORAS POR 5 DIAS

2---DIPIRONA 500 MG  
TOMAR 1 CP DE 6 EM 6 HORAS POR 4 DIAS

3---BIOFENAC SPRAY  
UTILIZAR EM ARTICULAÇÃO DE 12 EM 12 HORAS POR 5 DIAS

02/03/2024

Data

Assinatura do Emitente

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

|         |                           |
|---------|---------------------------|
| :       | _____                     |
| :       | _____                     |
| Ident.: | _____ Órg. Emissor: _____ |
| :       | _____                     |
| :       | _____                     |
| :       | _____ UF: _____           |
| :       | _____                     |

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

|                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| _____                |                        |
| _____                |                        |
| _____                |                        |
| Ass. do Farmacêutico | ____/____/____<br>Data |