

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARATY
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SUS
Sistema
Único
de Saúde

Rua Nossa Senhora dos Remédios, 200 - Pontal - Paraty - RJ
C.R.M. - RJ 52.958949 - Tel.: (24) 3371-1186 - CEP: 23970-000

Paciente: Lílian de Paula dos Santos

Endereço: _____

Prescrição: Uso tóxico

Testosterona gel, Base 0,3% (3mg/ml) —
60 ml. Uicublo transdermico gel para
uso a.s.p. Tipo com válvula dosadora
de 1 pump / 1 puff. Aplicar pela manhã
CID: F 52

CPF: 046.074.616-28

13 / 08 / 26

Data

Dra. Regiane Teixeira da Costa
Ginecologia e Obstetrícia
CRM 12-0190175-1

Assinatura e Carimbo do
Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____