



CRUZ AZUL DE SÃO PAULO

HOSPITAL - MATERNIDADE - PRONTO ATENDIMENTO - AMBULATÓRIO - EDUCAÇÃO

RECEITÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:
NOME COMPLETO: SYLVIO JOSE R DE MACEDO
CRM: 16762 **UF:** SP
ENDEREÇO : AV. LINS DE VASCONCELOS, 356
CAMBUCI - TELEFONE: 3348-4000
CIDADE: SÃO PAULO **UF:** SP
CEP: 01538900

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA CLIENTE

NOME ADRIANA A . DE ALMEIDA

END REST DOS MORROS 578

USO INT DIAZEPAN 10 MG ----- 180 CF

DAR 3 COP DIA

15 DEZEMBRO 2022

IDENTIFICAÇÃO DO COMPADRON:
NOME:
IDENT: **ORGÃO EMISSOR:**
END:
CIDADE: **UF:**
TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____

Impresso por: 104463.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA - 22:20:29





CRUZ AZUL
Saúde e Educação

CRUZ AZUL DE SÃO PAULO

HOSPITAL - MATERNIDADE - PRONTO ATENDIMENTO - AMBULATÓRIO - EDUCAÇÃO

RECEITÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:
NOME COMPLETO: SYLVIO JOSE R DE MACEDO
CRM: 16762 UF: SP
ENDEREÇO: AV. LINS DE VASCONCELOS, 356
 CAMBUCI - **TELEFONE:** 3348-4000
CIDADE: SÃO PAULO UF: SP
CEP: 01538900

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA CLIENTE

NOME ADRIANA A. DE ALMEIDA

END RUA EST. DOS MORROS

USO INT --- SERTRALINA 50 MG ----- 180 COP
DAR 3 COP DIA

15 DEZEMBRO 2022

Dr. Sylvio J. R. Macedo
 Psiquiatra
 CRM: 16762

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:
NOME:
IDENT: **ORGÃO EMISSOR:**
END:
CIDADE: **UF:**
TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO
 DATA ____/____/____



CRUZ AZUL
Saúde e Educação

CRUZ AZUL DE SÃO PAULO

HOSPITAL - MATERNIDADE - PRONTO ATENDIMENTO - AMBULATÓRIO - EDUCAÇÃO

RECEITÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:

NOME COMPLETO: SYLVIO JOSE R DE MACEDO
CRM: 16762 **UF:** SP
ENDEREÇO: AV. LINS DE VASCONCELOS, 356
CAMBUCI - **TELEFONE:** 3348-4000
CIDADE: SÃO PAULO **UF:** SP
CEP: 01538900

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA CLIENTE

PACIENTE: ADRIANA ALVES DE ALMEIDA
ENDEREÇO: RUA ESTRADAS DOS MORROS N º 578
BAIRRO: GUARULHOS / SÃO PAULO

PRESCRIÇÃO
USO INTERNO:

LEVOZINE 50 MG 60 COMPRIMIDOS
TOMAR 1 CP/DIA

Dr. Sylvio J. R. Macedo
Psiquiatra
CRM: 16762

DATA
14/12/2022

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:

NOME:
IDENT:
END: **ORGÃO EMISSOR:**
CIDADE: **UF:**
TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR:

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____