



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

PARA: NOME DO PACIENTE

USO ORAL:

PANTOPRAZOL 20MG 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO PELA MANHA, EM JEJUM POR 07 DIAS.

USO INTRAMUSCULAR:

DEXALGEN..... 01 CAIXA
APLICAR 01 VEZ AO DIA IM PROFUNDA, DURANTE 03 DIAS.

MELOXICAN 15MG/1,5ML 01 CAIXA
APLICAR 01 AMPOLA IM PROFUNDA AO DIA DURANTE 03 DIAS.

DR. LEANDRO FROES BATISTA

NEUROCIRURGIÃO

CRMMG 76982 | RQE 61846

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE			IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		
Nome Completo Dr. Leandro Froes Batista			Nome Completo		
CRM	UF MG	Nº 76982	Ident.	Órgão Emissor	Tel.
Endereço Completo Avenida Afonso Pena, 297, Centro			Endereço Completo		
Tel. 32217764		E-mail	Cidade		
Cidade Montes Claros		UF MG	UF		

Irmandade Nossa Senhora das Mercês

Praça Honorato Alves, 22 – Centro
39400-103 Montes Claros – MG

fone (38) 32292000

fax (38) 32292416

e-mail santacasa@santacasa2000.com.br