



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO DE CONTORLE ESPECIAL

DATA: ____/____/____

1ª Via: Farmácia - Original

2ª Via: Paciente - Cópia

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

Identificação do Comprador

Nome: _____

Ident.: _____

Org. Emissor: _____

Ender.: _____

Cidade: _____

UF: _____ TEL: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura Farmacêutico

Data: ____/____/____