

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE
BOM PROGRESSO

Médico

1º VIA FARMÁCIA
2º VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Ident. _____ Org. Emissor _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____