

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE  
BOM PROGRESSO

1º VIA FARMÁCIA  
2º VIA PACIENTE

Médico

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_