



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

São João da Ponte - MG

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via - Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico: _____ DATA: ____/____/____



10 ANOS
SUS
SUA SAÚDE
SÃO JOÃO DA PONTE
MG
FONE: (38) 3234-1101

MOD. 003 - SMS - SJP

Traga esta receita
à Farmácia Municipal de Saúde