



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