



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

São João da Ponte - MG

RECÉITUÁRIO 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: ____/____/____