

14



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

São João da Ponte - MG

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIDADE 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:

### IDENTIDADE DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### IDENTIDADE DO FORNECEDOR

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Farmacêutico DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

São João da Ponte - MG

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIDADE 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:

### IDENTIDADE DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### IDENTIDADE DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_