RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA FARMACIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição

_____

DATA:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____	
UF: _____	
Telefone: _____	_____ Assinatura e carimbo do farmacêutico __/__/__ Data

1ª Via: Fornecedor - 2ª Via: Paciente

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA FARMACIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição

_____

DATA:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____	
UF: _____	
Telefone: _____	_____ Assinatura e carimbo do farmacêutico __/__/__ Data

1ª Via: Fornecedor - 2ª Via: Paciente