PREFEITURA MUNICIPAL DE VARGINHA

Secretaria Municipal de Saúde

SUS - MG

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:_____

CRM:_____ UF:____

Endereço:_____

Cidade:_____ UF:____

Telefone:_____

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente:_____

Endereço:_____

Prescrição:_____

DATA:____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:_____

Órg.Emissor:_____ Ident.:_____

Endereço:_____

Cidade:_____ UF:____

Telefone:_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA