

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Rua Felipe Bender, 170 - Centro
Três Coroas/RS - Fone (51) 3546.7700

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: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____