



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
Prefeitura Municipal do Rio Grande
Secretaria de Município da Saúde - S.M.S.

1ª via - Farmácia
2ª via - Paciente

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

_____/_____/_____
Data