

PREFEITURA MUNICIPAL DE CERQUEIRA CÉSAR
PENITENCIÁRIA DE CERQUEIRA CÉSAR
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº _____
Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA FARMACIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	

Ident.: _____	
Órg. Emissor: _____	
End.: _____	

Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
	Assinatura e carimbo do farmacêutico _____
	_____/_____/_____ Data

1ª Via: Fornecedor - 2ª Via: Paciente

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CERQUEIRA CÉSAR
PENITENCIÁRIA DE CERQUEIRA CÉSAR**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____	

CRM: _____	UF: _____ Nº _____
Endereço Completo e Telefone: _____	

Cidade: _____	UF: _____

1ª VIA FARMACIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição

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

1ª Via: Fornecedor - 2ª Via: Paciente