

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO CNP.J. 32.001.836/0001-05 C.R.M. 52.51021-9 RUA PROFª MARIA EMÍLIA ESTEVES, 617 - CENTRO SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO CEP 25.780-000 TEL.: (24) 2224-1326

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura e Carimbo
do Emissor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Identidade: _____ Órg. Em.: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
_____/_____/_____ Data

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO CNP.J. 32.001.836/0001-05 C.R.M. 52.51021-9 RUA PROFª MARIA EMÍLIA ESTEVES, 617 - CENTRO SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO CEP 25.780-000 TEL.: (24) 2224-1326

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura e Carimbo
do Emissor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Identidade: _____ Órg. Em.: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
_____/_____/_____ Data