

15

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente

Nome Completo: _____

CRM _____ UF: _____ Nº _____

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE CAPELA DO ALTO

Rua São Francisco, s/n - Centro - CEP 18195-000

Fone: (15) 3267-1384 - Capela do Alto - SP

1ª Via - Farmácia ()

2ª Via - Paciente ()

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	

Ident.: _____ Org. Emissor: _____	
End.: _____	

Cidade: _____ UF: _____	_____/_____/_____ Ass. do Farmacêutico Data
Telefone: _____	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente

Nome Completo: _____

1ª Via - Farmácia ()

2ª Via - Paciente ()

CRM _____ UF: _____ Nº _____

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE CAPELA DO ALTO

Rua São Francisco, s/n - Centro - CEP 18195-000

Fone: (15) 3267-1384 - Capela do Alto - SP

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Org. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
	Ass. do Farmacêutico _____ / / _____ Data