

Prefeitura Municipal de Potim

"Terra do Artesanato"

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - FARMÁCIA
2ª Via - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo _____

CREMESP-UF _____ Nº _____

Endereço completo e telefone: PRAÇA JOSÉ RIBEIRO DA

SILVA, S/Nº - TEL (0**12) 3112-1222

Cidade: _____ UF: _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. _____ Órg. Emissor _____

Endereço _____

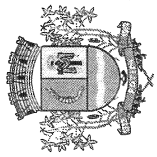
Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data _____ / _____ / _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____



Prefeitura Municipal de Potim

"Terra do Artesanato"

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - FARMÁCIA
2ª Via - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo _____

CREMESP-UF _____ Nº _____

Endereço completo e telefone: PRAÇA JOSÉ RIBEIRO DA

SILVA, S/Nº - TEL (0**12) 3112-1222

Cidade: _____ UF: _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. _____ Órg. Emissor _____

Endereço _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data _____ / _____ / _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____