

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SERTÃO

Rua Reinaldo Sbardelotto, 499
CEP: 99.170-000 - Sertão - RS

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: _____ / _____ / _____