



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTO ANTONIO DE POSSE - SP
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DE EMITENTE

Nome:

CRM

UF:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

Assinatura e carimbo

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Org. Em.:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: ____/____/____

Ass. do Médico



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTO ANTONIO DE POSSE - SP
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DE EMITENTE

Nome:

CRM

UF:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

Assinatura e carimbo

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Org. Em.:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: ____/____/____

Ass. do Médico