

(155 X 210 mm - 63g/m<sup>2</sup>)



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

Secretaria Municipal da Saúde

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



1ª VIA: RETENÇÃO DA FARMÁCIA  
2ª VIA: ORIENTAÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Carimbo U.S.F.
Carimbo Médico

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident. _____ Org. Emissor _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
	Assinatura do Farmacêutico _____ DATA _____