Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Nome: Endereço:

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome:

Endereço:

 Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
 ldentificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	Nome:

Telefone:	Endereço: Cidade:	Nome: Identidade:	lden tifica ç
	UF:	Órgão Emissor:	Identificação do Comprador
Assinatura do Farmacêutico			Identificação do Fornecedor