

1ª VIA FARMÁCIA**2ª VIA PACIENTE**

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
Nome completo:	
CRM:_____ UF <u>CE</u>	
Endereço: Hospital Geral de Fortaleza - HGF Cidade: Fortaleza UF: CE Telefone: 3101-3260 / 3259	
----- Carimbo do Médico	
Paciente:	
Endereço: Rua Ávila Goulart, 900 - Papicú - Fortaleza - CE	
Prescrição:	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME:----- ----- RG:----- END:----- ----- CIDADE:----- TELEFONE:-----	----- ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA __/__/__

1ª VIA FARMÁCIA**2ª VIA PACIENTE**

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
Nome completo:	
CRM:_____ UF <u>CE</u>	
Endereço: Hospital Geral de Fortaleza - HGF Cidade: Fortaleza UF: CE Telefone: 3101-3260 / 3259	
----- Carimbo do Médico	
Paciente:	
Endereço: Rua Ávila Goulart, 900 - Papicú - Fortaleza - CE	
Prescrição:	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME:----- ----- RG:----- END:----- ----- CIDADE:----- TELEFONE:-----	----- ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA __/__/__