

Associação de Proteção à Maternidade e à Infância Maternidade Augusta Bastos

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL 1º. VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA **IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE** 2ª. VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE Nome Completo: Endereco completo/Telefone: Cidade: Carimbo e Assinatura do Médico Paciente: Endereço: Prescrição: Assinatura do Médico Data IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Nome Completo: Órgão Exp.: Ident.: Assinatura do Farmacêutico Cidade Data Telefone:



Associação de Proteção à Maternidade e à Infância Maternidade Augusta Bastos

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1º. VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2º. VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE
Nome Completo:	
CRM:UF:CPF:	
Endereço completo/Telefone:	
Cidade: UF:	Carimbo e Assinatura do Médico
aciente:	
ndereço:	
rescrição:	
1 1	
Data	Assinatura do Médico
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome Completo:	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome Completo:	
ldent: Órgão Exp.:	Assinatura do Farmacêutico
	Assinatura do Farmacêutico
ident.: Órgão Exp.: End:	Assinatura do Farmacêutico
ldent: Órgão Exp.:	Assinatura do Farmacêutico