



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO - CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA / 2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo _____

CRM - UF _____ Nº _____

Endereço Completo e Telefone _____

Cidade _____ UF _____

Paciente _____

Endereço _____

Prescrição _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Ident. _____ Emissor _____

End. _____

Cidade _____ UF _____

Telefone _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA ____/____/____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO - CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA / 2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo _____

CRM - UF _____ Nº _____

Endereço Completo e Telefone _____

Cidade _____ UF _____

Paciente _____

Endereço _____

Prescrição _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Ident. _____ Emissor _____

End. _____

Cidade _____ UF _____

Telefone _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA ____/____/____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA PACIENTE