

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

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 | |
| ent. | |
| Cidade | UF |
| Paciente | |
| Endereço | |
| Prescrição | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
| Nome | |
| | DATA// |
| ldentEmissor | |
| End | |
| | |
| CidadeUF | |
| Telefone | ASSINATURA DO FARMACEUTICO |



Nome completo.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

RECEITUÁRIO - CONTROLE ESPECIAL 1º VIA FARMÁCIA / 2º VIA PACIENTE

| CRM - UFNo | |
|------------------------------|---|
| Endereço Completo e Telefone | |
| | |
| Cidade | lie. |
| Clasde | |
| Paciente | |
| Endereço | |
| | |
| Prescrição | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
| | |
| Nome | DATA// |
| | DATA/ |
| IdentEmissor | |
| End | |
| | |
| CidadeUF | |
| | |
| Telefone | ASSINATURA DO FARMACEUTICO 1º VIA FARMACIA - 2º VIA PACIENTE |