

09



Sistema Único de Saúde

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRA DE MINAS - MG RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

1ª VIA - Retenção na Farmácia ou Drogeria

CRM: _____ UF: _____ Nº _____

2ª VIA - Orientação ao paciente

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

RUA MARIA RITA DE FARIA, 153 - VISTA ALEGRE - CEP 37545-000 - CACHOEIRA DE MINAS - MG

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

End. Completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data ____/____/____

Cód. 0710
Gráfica Propapel Digital: (35) 3422-3552