

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

- FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE -

CNPJ: 13.911.925/0001 – 36

Praça Moreira César, s/nº

Telefone: (19)3651-1046

Espírito Santo do Pinhal - SP

1ª VIA FARMÁCIA (RETIRADA)

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órgão Emissor: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data ____/____/____