



PREFEITURA MUNICIPAL DE IBERTIOGA



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE IBERTIOGA - MG

CRM: _____ UF: _____

Endereço completo e telefone: RUA RIO GRANDE
DO SUL - B.SANTANA - TEL.:(32) 3347-1402

Cidade: IBERTIOGA UF: MG

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Data