Receituário Controle Especial

Prefeitura Munic. de Novo Horizonte - SC

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE .

Fone (49) 3362-0072

Rua Castelo Branco, 24

89998-000 NOVO HORIZONTE - SC

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Cliente

Data____/____/ 20____

Paciente: .....

Endereço: .....

Prescrição: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: .....

Ident.: ..... *Órg. Emissor:* .....

End.: .....

Cidade: ..... *UF:* .....

Fone: .....

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

..... / /

Assinatura do Farmacêutico *Data*

Receituário Controle Especial

Prefeitura Munic. de Novo Horizonte - SC

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Fone (49) 3362-0072

Rua Castelo Branco, 24

89998-000 NOVO HORIZONTE - SC

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Cliente

Data____/____/ 20____

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.: *Órg. Emissor:*

End.:

Cidade: *UF:*

Fone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data