

148 mm

209 mm



# **PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUIRAÍ**

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

GERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## ***RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL***

### **IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

MÉDICO Dr.: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR      | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR                                                                                       |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: _____                     |                                                                                                                   |
| Ident.: _____ Org. Emis.: _____ |                                                                                                                   |
| End.: _____                     |                                                                                                                   |
| Cidade: _____                   |                                                                                                                   |
| UF: _____ Fone: _____           |                                                                                                                   |
|                                 | <div> <div>_____</div> <div>ASS. FARMACÊUTICO</div> </div> <div> <div>____/____/____</div> <div>DATA</div> </div> |