



SUS Sistema
Único
de Saúde

RECEITUÁRIO





MUNICÍPIO DE PIRANGA

ESTADO DE MINAS GERAIS



DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____

CRM: _____

UF: _____

ENDEREÇO: **Rua Benedito Valadares, 9**

TELEFONE: **(31) 3746 1055**

CIDADE: **Piranga**

UF: **Minas Gerais**

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____

Data: ____/____/____