

Anexo 5



MUNICÍPIO DE PIRANGA
ESTADO DE MINAS GERAIS

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
NOME COMPLETO: _____	
_____ Nº _____	
CRM: _____ UF: _____	
ENDEREÇO: <i>Rua Santa Efigênia, 126 - Centro</i>	
TELEFONE: <i>(31) 3746-1088</i>	
CIDADE: <i>Piranga</i>	UF: <i>Minas Gerais</i>
	1ª VIA - FARMÁCIA 2ª VIA - PACIENTE

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: _____

_____/_____/_____
DATA ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
	Assinatura do Farmacêutico _____ / _____ Data _____/_____/_____