



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARROIO DOS RATOS**

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE    |    |    |
|------------------------------|----|----|
| NOME COMPLETO:               |    |    |
| CRM                          | UF | Nº |
| ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE |    |    |
| CIDADE                       | UF |    |

2ª Via - Paciente  
1ª Via - Farmácia

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR |                |
|----------------------------|----------------|
| Nome:                      |                |
| Ident.:                    | Orgão Emissor: |
| End.:                      |                |
| Cidade:                    | UF:            |
| Telefone:                  |                |

| IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
|-----------------------------|
| DATA: ____/____/____        |
| ASSINATURA DO FARMACÊUTICO  |