



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	

1ª VIA - FARMÁCIA

2ª VIA - PACIENTE

PACIENTE:

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
NOME:	
IDENT:	ORGÃO EMISSOR:
END.:	
CIDADE	UF
TELEFONE:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
DATA:...../...../.....
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO