



SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SANTO ANTÔNIO DE POSSE - SP



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DE EMINENTE

Nome:

CRM

UF:

Endereço:

Telefone:

Assinatura e carimbo

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: ____ / ____ / ____

Ass.Do Médico