



Processo

Gestão de Saúde e Qualidade de Vida

Código

F.DSQV.06.00

Folha nº

1/1

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Identificação do emitente:

Nome: _____

CRM: _____

Paciente: _____

CARIMBO

PRESCRIÇÃO

Maceió, _____ de _____ de 20_____

Identificação do comprador:

Nome: _____

RG: _____

TEL: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do fornecedor:

Ass. farmacêutico: _____

Data: ___/___/___

1ª via retenção da farmácia

2ª via orientação do paciente

CEP: 57040-600. Maceió-AL.

Telefone: 4009-3699 / 3728

CNPJ12.473.062/0001-08