

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: _____
CRM: _____ UF: _____
End: _____
Cidade: _____ UF: _____
Fone: _____

1º Via - Farmácia

2º Via - Paciente

Paciente: Atento para os devidos fins que
Endereço: Francisco das Chagas Paula de
Prescrição: Oliveira encontra-se impossibili-
tado de realizar suas atividades
laborais por motivo de doença, neces-
sitando de afastamento por 02 (dois) dias
para recuperação de saúde.
CID: M54

São Benedito - CE: 14/08/24

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR


Nome: _____
Ident: _____ Órg. Emissor: _____
End: _____
Cidade: _____
Telefone: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

IDENTIFICADOR FORNECEDOR
Médica
CRM 20093

Assinatura do Farmacêutico

Data

 Rua Capitão Pedro, 540, Sala 08 - Centro Comercial
Antonio Rodrigues de Oliveira - Ibiapina - CE

 (88) 9 9615.6547  @dramicheledemoraes

 Dra Michele de Moraes