

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

1º Via - Farmácia

2º Via - Paciente

Paciente: _____ *Atestado Médico*

Endereço: _____

Prescrição: *Atesto que o paciente Francisco Das*

Chagas Paula de Oliveira necessita afastar-se

de suas atividades por 01 (um) dia.

São Benedito - CE *21/08/24* *CSO M 54*

Assinatura e Carimbo do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Dra. Michele de Moraes
MÉDICA
CRM 30093

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