

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via - Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: <u>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAAPORÁ</u>	
CRM: _____	UF: <u>PARAÍBA</u>
Endereço: <u>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAAPORÁ - CNPJ: 10.975.044/0001-90</u>	
Cidade: <u>CAAPORÁ</u>	UF: <u>PARAÍBA</u>
Fone: _____	

Drª Maria Luiza B. Silva
Médica
CRM PB 10.908

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: Adriana de S. Delfino

Endereço: R. Frederico bundgaard

Prescrição: 1hs oral

① Litalopram 20mg 30 cp
Tomar 01cp/dia

Drª Maria Luiza B. Silva
Médica
CRM PB 10.908

Assinatura e Carimbo do Médico

Data: 09/01/18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident./CPF: _____	
Orgão Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Fornecedor/Farmacêutico	
Data: ____/____/____	