



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE ESTADO DE SAÚDE

DIR XXII - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MERIDIANO

Rua 7 de Setembro, 2070 - Fone (17) 3475-1144 - CEP 15625-000 - MERIDIANO - SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via Farmácia - 2ª Via Paciente

Paciente _____

Endereço _____

Prescrição

Nome	_____
RG/CPF	_____
Rua	_____
Cidade	_____
Telefone	_____

Identificação da Farmácia	_____
Data	____/____/____
Assinatura do Farmacêutico	_____

Nesta / /



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE ESTADO DE SAÚDE

DIR XXII - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MERIDIANO

Rua 7 de Setembro, 2070 - Fone (17) 3475-1144 - CEP 15625-000 - MERIDIANO - SP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via Farmácia - 2ª Via Paciente

Paciente _____

Endereço _____

Prescrição

Nome	_____
RG/CPF	_____
Rua	_____
Cidade	_____
Telefone	_____

Identificação da Farmácia	_____
Data	____/____/____
Assinatura do Farmacêutico	_____

Nesta / /

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE ESTADO DE SAÚDE

DIR. XIII - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MERIDIANO

Rua 1 de Setembro, 2070 - Fone (17) 3412-7144 - CEP 13211-900 - MERIDIANO - SP



Identificação do Comprador

Nome _____

RG/CPF _____ Org. Emissor _____

Rua _____ N.º _____

Cidade _____ UF _____

Telefone _____

Identificação do Fornecedor

Data ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico

Identificação do Comprador

Nome _____

RG/CPF _____ Org. Emissor _____

Rua _____ N.º _____

Cidade _____ UF _____

Telefone _____

Identificação do Fornecedor

Data ____/____/____

Assinatura do Farmacêutico