

ANS Nº 37928-0



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM-CE Nº: _____

Rua Trinta e Três, 153 - Vila Santa Cecília
Volta Redonda - RJ
Fone: 0800 007 3100

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. Completo: _____

Fone: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____