

ANS Nº 37928-0



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____

CRM-CE Nº: _____

Rua Papi Júnior, 1222 - Anexo, 4º andar
Rodolfo Teófilo - Fortaleza - CE
Fone: 4000-1661

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: ____/____/____