

Soobla

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMINENTE



Estado de Santa Catarina

**MUNICÍPIO DE SALTINHO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RUA HUGO ROPKE, Nº 12, CENTRO, SALTINHO - SC, CEP: 89981-000

1ª VIA FARMÁCIA (Branca)  
2ª VIA PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_