



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSTARDAS**

Secretaria Municipal de Saúde, Trabalho e Bem Estar Social

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome Completo _____		
CRM _____	UF _____	Nº _____
Endereço: Rua Ana Amalia Leite, nº 406 - Mostardas - RS		
Fone: (51) 3673.1345 / 3673.1325		

Paciente \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Prescrição \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO FORNECEDOR
Nome _____	
Ident. _____ Órg. Emissor _____	
End. _____	
Cidade _____ UF _____	
Telefone _____	Assinatura do Farmacêutico _____
	Data ____/____/____

1ª Via Farmácia - 2ª Via Paciente