

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Prefeitura de Passo Fundo

Secretaria de Saúde - SMS

Estado do Rio Grande do Sul



1ª VIA FARMACIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição

1 - CEFTRIAXONA 1.000mg ----- Ampolas

Aplicar ____ ampola intramuscular 1vez ao dia por ____ dias.

CID: _____

Assinatura / Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura e carimbo do farmacêutico

Data

1ª Via: Fornecedor - 2ª Via: Paciente

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Prefeitura de Passo Fundo

Secretaria de Saúde - SMS

Estado do Rio Grande do Sul



1ª VIA FARMACIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição

1 - CEFTRIAXONA 1.000mg ----- Ampolas

Aplicar ____ ampola intramuscular 1vez ao dia por ____ dias.

CID: _____

Assinatura / Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura e carimbo do farmacêutico

Data

1ª Via: Fornecedor - 2ª Via: Paciente