

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMINENTE

**Secretaria Municipal de Saúde
e Assistência Social**

Fone: (54) 3377-1040

Rua Adolfo Schneider, s/nº - CEP 99525-000
Santo Antônio do Planalto

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Afastado

Prescrição

*Afastado para os devidos fins
que devida de férias deverá
afastar-se de suas atividades
laborais por tempo indeterminado
para elucidar, diagnóstica e
tratamento.*

Data: *26, 05, 17*

cid. 180.0

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Lucia Bidel Schwabach
CREMEP 33433
Santo Antônio do Planalto - RS

Assinatura do Farmacêutico

Data

CÂMARA MUNICIPAL DE
SANTO ANTÔNIO DO PLANALTO
RECEBIDO

DATA: _____

HORA: _____

Nº: _____

ASSINATURA