

RECEITÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Secretaria de Saúde

Centro de Saúde de Paulista-PB

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome:	
CRM:	UF: N:
Prescrição:	
Endereço Completo e Telefone:	
Cidade:	UF:

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Paciente: Elton de Jesus Pereira

Endereço: _____

Prescrição: Uso de

Óculos CB D + TUC no olho esquerdo
ou finta no d.
17/04/24

Levi Olimpio Ferreira Neto
Médico
CRM/PB - 14601

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
NOME:	
Ident:	
End:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Data: ____/____/____	
Assinatura do Farmacêutico	