

MODELO – ÍTEM 39



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI

Centro de Saúde III de Itariri - DIR XII Registro
Rua Benedito Calixto, 260 - Centro - Itariri/SP
Tel: (13) 3418-8000 - e-mail: dsi@itariri.sp.gov.br

35

RECEITUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

PRESCRIÇÃO

| MEDICAMENTOS | MANHÃ | TARDE | NOITE |
|--------------|-------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

1ª Via - Farmácia - 2ª Via - Paciente

Ass. Médico / CRM / Carimbo

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
|--|---|
| Nome: _____ Ident.: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: SP Telefone: _____ | Órg. Emissor: _____ ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____ |

