ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE XAXIM - SC
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
NOME:
CRM UF: **SC** N°
ENDEREÇO: **Rua Nereu Ramos, 500** **Fone: (49) 3353-1263**
CIDADE: **Xaxim** UF: **SC**

PACIENTE

ENDEREÇO

PRESCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
NOME
IDENT. *ORG. EMISSOR*
END.
CIDADE *UF*
TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASS. FARMACÊUTICO ____/____/____ DATA