

Nome do dentista:

1ª VIA FARMÁCIA

Telefone:

Receituário controle especial

Paciente:

Prescrição:

Assinatura

/ /

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
<p>Nome: _____ _____ Ident: _____ Órg. Emissor: _____ End: _____ _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____</p>	<p>_____ ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA</p>

Nome do dentista:

2ª VIA PACIENTE

Telefone:

Receituário controle especial

Paciente:

Prescrição:

Assinatura

/ /

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
<p>Nome: _____ _____ Ident: _____ Órg. Emissor: _____ End: _____ _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____</p>	<p>_____ ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA</p>