

SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde
de Poços de Caldas

Nº 074823

SUS

Nome do Paciente: Abdias J. dos Reis

Endereço: _____
Idade: _____ Unidade de Saúde: _____

P - uso ref - 60 dias

3) Rosartone 500mg uso
18. cada 8h cont.
18. uso.

Tereza Cristina da Costa Gaspar
Médica
CRM - MG 26248

[Handwritten Signature]

Rec, 05/08/22.

"SAÚDE É UM DIREITO DE TODOS"



SUS

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL - SUS



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: VBS - Centro

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - VIA PACIENTE

10 F31
F-33

Paciente: Abdias J. dos Reis

Endereço: _____

Prescrição: uso ref

Sertrelina 500mg uso
18. cada 8h cont.

Tereza Cristina da Costa Gaspar
Médica
CRM - MG 26248

Data 05,08,22

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data / /

Portaria 344 - Art. 52 - Formulário de Receita de Controle Especial.

Válido em todo território nacional.