

1º via retenção da farmácia ou drogaria – 2º via orientação do paciente.

Paciente: \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Médico

Identificação do comprador

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

---

Data

Identificação do fornecedor

Assinatura do farmacêutico / / Data