

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

Paciente: _____

Assinatura do Médico

Data

Identificação do comprador

Nome: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Identificação do fornecedor

Assinatura do farmacêutico

Data