

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Nome Completo: _____

CRM UF N.º

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Ident. _____

Órg. Emissor: _____

End. _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____

Data ____ / ____ / ____