

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO:

CRM: UF: Nº:

ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE:

CIDADE: UF:

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

PACIENTE:

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

IDENT: ÓRG. EMISSOR:

END:

CIDADE: UF:

TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____ / ____ / ____