

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA: FARMÁCIA
2ª VIA: PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome do Profissional: _____
CRM: _____



HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFG
CNPJ: 01.567.601/0002-24. Primeira Avenida s/nº Qd. 68. Lt. Área I
Setor Leste Universitário - CEP: 74.605-050 - Goiânia - GO
Fone: (62) 3269-8200

Paciente: [INSERIR PACIENTE]
Endereço: [INSERIR ENDEREÇO]
Prescrição: [INSERIR PRESCRIÇÃO]

[INSERIR DATA]

Data

Assinatura e carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
RG nº: _____ Órg. Em.: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do
Farmacêutico

Data

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA: FARMÁCIA
2ª VIA: PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome do Profissional: _____
CRM: _____



HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFG
CNPJ: 01.567.601/0002-24. Primeira Avenida s/nº Qd. 68. Lt. Área I
Setor Leste Universitário - CEP: 74.605-050 - Goiânia - GO
Fone: (62) 3269-8200

Paciente: [INSERIR PACIENTE]
Endereço: [INSERIR ENDEREÇO]
Prescrição: [INSERIR PRESCRIÇÃO]

[INSERIR DATA]

Data

Assinatura e carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
RG nº: _____ Órg. Em.: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do
Farmacêutico

Data