

ANEXO XVII

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: ____ / ____ / ____