

# Receituário de controle especial

**Identificação do emitente**

Dr. Erivelton

CRM: 333666

Telefones: (28) 9999-9999

1a. via para retenção da farmácia ou  
drogaria

2a. via para orientação ao paciente

**João Paulo Angelete**

Endereço: .....

Prescrição:

1. *Ibuprofeno 20mg/mL Suspensão oral (1un de 100mL)* ..... 1 un  
20 gotas pode uma semana

19 de Abril de 2017.

Dr. Erivelton

CRM: 333666

**Identificação do comprador**

Nome: .....

RG: ..... Emissor: .....

Endereço: .....

Cidade: ..... UF: .....

Telefone: .....

**Identificação do fornecedor**Assinatura  
farmacêuticoData:  
...../...../.....

# Receituário de controle especial

**Identificação do emitente**

Dr. Erivelton

CRM: 333666

Telefones: (28) 9999-9999

1a. via para retenção da farmácia ou  
drogaria

2a. via para orientação ao paciente

**João Paulo Angelete**

Endereço: .....

Prescrição:

1. *Ibuprofeno 20mg/mL Suspensão oral (1un de 100mL)* ..... 1 un  
20 gotas pode uma semana

19 de Abril de 2017.

Dr. Erivelton

CRM: 333666

**Identificação do comprador**

Nome: .....

RG: ..... Emissor: .....

Endereço: .....

Cidade: ..... UF: .....

Telefone: .....

**Identificação do fornecedor**Assinatura  
farmacêutico

Data:

...../...../.....