

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ CPF: _____

Endereço completo/Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª. VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª. VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Carimbo e Assinatura do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident.: _____ Órgão Exp.: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

_____/_____/_____
Data

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ CPF: _____

Endereço completo/Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª. VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª. VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Carimbo e Assinatura do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident.: _____ Órgão Exp.: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

_____/_____/_____
Data