



Receituário de controle especial

Nome _____

1ª via branca
Retenção
na farmácia
ou drogaria

Endereço _____

2ª via canário
Orientação
ao cliente

Prescrição

Local e data

Assinatura e carimbo do médico

Identificação do comprador

Identificação do fornecedor

Nome _____

RG _____ Órgão emissor _____

Endereço _____


Cidade _____ UF _____

Telefone _____

Assinatura do farmacêutico

Data

Rua Maestro Cardim, 769
01323-900 Bela Vista São Paulo SP
Tel. 11 3505 1000

 /bporgbr
bp.org.br