

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRO: _____ UF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA FARMACIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição

Assinatura / Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura e carimbo do farmacêutico

____/____/____
Data