

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CROSP: _____ RG: _____

Endereço Completo: _____

Cidade: _____ UF: _____ Tel: _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

DATA __/__/__

ASSINATURA E CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA __/__/__