

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE
3ª VIA PRONTUÁRIO

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 __/__/__