

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo	
CRM: CRO:	UF:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

1ª VIA - FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - PACIENTE

Carimbo do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	Data