

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

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

007.059.117
10/10/00

Carimbo do Médico

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome completo:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

Assinatura do Farmacêutico

Data

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

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

007.059.117
20/10/00

Carimbo do Médico

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome completo:	
Identidade:	Órgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

Assinatura do Farmacêutico

Data