

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo :-----

CRO:-----UF :-----

Endereço :-----

Telefone :-----

Bairro :-----

Cidade :-----UF: _-----

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Paciente _____

Endereço : _____

PRESCRIÇÃO

ASSINATURA/ CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: -----

IDENT:-----Órgão Emissor-----

End:-----

Cidade :----- UF-----

Telefone-----

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____/_____/_____
Ass.e Carimbo Farmacêutico Data

1ª Via : Fornecedor- 2ª Paciente