

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL - UNIDADE SANITÁRIA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
CRM: _____ UF: _____ N°: _____
End. Completo: _____
Tel.: _____
Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____
Endereço: _____
Tel.: _____
Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL - UNIDADE SANITÁRIA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
CRM: _____ UF: _____ N°: _____
End. Completo: _____
Tel.: _____
Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____
Endereço: _____
Tel.: _____
Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____