

Receituário de Controle Especial

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:.....	1ª VIA FARMÁCIA
CRM UF Nº.....	2ª VIA PACIENTE
Endereço Completo e Telefone:	
Cidade:..... UF:	
Paciente:	
Endereço:	
Prescrição:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
NOME:	
Ident.:..... Órg. Emissor:	
End.:	
Cidade:..... UF:	
Telefone:.....	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO ____/____/____	