

Item 32

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ N°: _____

Endereço Completo e Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. _____ Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____

Data ____/____/____