

Modelo de Receituário de Controle Especial
Fonte: Portaria nº 344/1998 – Anexo XVII

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo:
CRM UF Nº
Endereço Completo e Telefone:
Cidade: UF:

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

.....

.....

.....

.....

.....

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Ident.: Órg. Emissor:	
End.:	
Cidade: UF:	
Telefone:	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____	