

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo:

CRO: UF:

Endereço Completo e Telefone:

Cidade: UF:

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

ASSINATURA E CARIMBO**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome:

Ident.: Órg. Emissor:

End.:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____