

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1º Via Farmácia | 2º Via Paciente

DADOS DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente _____

Endereço: _____

PRESCRIÇÃO

Medicamento:

(Deve conter: Nome Comercial, apresentação e quantidade)

Posologia:

(Deve conter: Dose e frequência de uso)

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE FARÁ USO DESTAS QUANTIDADES DE ACORDO COM A POSOLOGIA PRESCRITA NA RECEITA, JUSTIFICANDO-SE ATRAVÉS DO DIAGNÓSTICO/NECESSIDADE DE: _____

CID

CARIMBO E ASSINATURA

DATA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____

ENDEREÇO: _____