

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
<b>Dr(a)</b>  CRM Endereço Bairro - Fone (00) 0000.0000 Cidade - Estado

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome:..... ..... Ident.:.....Órg. Emissor:..... End.:..... ..... Cidade:..... UF:..... Telefone:.....

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
<div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 100px;">                         _____                          ASSINATURA DO FARMACÊUTICO Data: __/__/__                     </div>