

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:	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____	
Ident.:		
Órg. Emissor:		
End.:		
.....		
Cidade:		
UF:		
Telefone:		