

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO PROFISSIONAL + Nº INSCRIÇÃO CONSELHO PROFISSIONAL + UF

OU

NOME DA INSTITUIÇÃO + CNPJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + CIDADE + UF

TELEFONE (opcional)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:

ENDEREÇO COMPLETO:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:

PRESCRIÇÃO

DATA:

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO PRESCRITOR:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

**IMPRESSÃO OPCIONAL - CONFORME PORTARIA Nº 6/99, ARTIGO 85, ALÍNEA C, ESSES DADOS PODEM SER APOSTOS MEDIANTE CARIMBO PELA FARMÁCIA NO MOMENTO DA DISPENSAÇÃO.*

NOME COMPLETO:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

1ª via - Retenção pela Farmácia / 2ª via - Paciente

DATA DE IMPRESSÃO DESTE RECEITUÁRIO: ____ / ____ / ____ (recomendável)

DADOS DOS PRODUTOS DISPENSADOS

1) NOME DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO:

NÚMERO DO LOTE:

QUANTIDADE DE CAIXAS:

NÚMERO DO REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO:

(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

2) NOME DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO:

NÚMERO DO LOTE:

QUANTIDADE DE CAIXAS:

NÚMERO DO REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO:

(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

3) NOME DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO:

NÚMERO DO LOTE:

QUANTIDADE DE CAIXAS:

NÚMERO DO REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO:

(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DISPENSADOR

NOME COMPLETO:

CNPJ ou CNES:

NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISPENSAÇÃO:

ASSINATURA:

DATA: