

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL ELETRÔNICA

N.º

EMITENTE

NOME DO PRESCRITOR:

INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL / UF:

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONE:

PACIENTE

NOME:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

ENDEREÇO COMPLETO:

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA:

CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

QUANTIDADE:

POSOLOGIA:

IDENTIFICAÇÃO DA PLATAFORMA

REGISTRO DA ASSINATURA DIGITAL E DATA

VALIDE ESSA ASSINATURA EM validar.it.gov.br

ESTA PRESCRIÇÃO PODE SER VERIFICADA EM:

VERIFIQUE A NUMERAÇÃO E REGISTRE A UTILIZAÇÃO DESTA PRESCRIÇÃO EM sncr.anvisa.gov.br

