

# **RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL**

## **IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

NOME COMPLETO 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:**

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:

**PRESCRIÇÃO**

## **DATA:**

## **IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO PRESCRITOR:**

## **IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

NOME COMPLETO:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:

**ENDEREÇO COMPLETO:**

CIDADE: UF:

**TELEFONE:**

VERSO\*

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

### **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: