

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO:

INSCRIÇÃO: UF:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE: UF:

TELEFONE: DATA:



Logo do local de
atendimento
(imagem)

ASSINATURA DA(O) CIRURGIÃ(ÃO) DENTISTA

NOME PACIENTE:

ENDEREÇO COMPLETO:

PRESCRIÇÃO:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO:

RG:

ÓRGÃO EMISSOR:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE: UF:

TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME FARMACÊUTICO(A):

CRF: UF:

NOME FARMÁCIA:

ENDEREÇO:

CIDADE: UF:

CNPJ: TELEFONE:

ASSINATURA FARMACÊUTICO(A)

DADOS DO(S) PRODUTO(S) DISPENSADOS

NOME DO MEDICAMENTO: _____

LABORATÓRIO: _____

NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE: _____

NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: _____
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

NOME DO MEDICAMENTO: _____

LABORATÓRIO: _____

NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE: _____

NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: _____
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

NOME DO MEDICAMENTO: _____

LABORATÓRIO: _____

NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE: _____

NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: _____
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

INFORMAÇÕES SOBRE INTERCAMBIALIDADE

O MEDICAMENTO _____
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO _____,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

O MEDICAMENTO _____
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO _____,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

O MEDICAMENTO _____
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO _____,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

PARA DISPENSAÇÃO MANUAL

DATA: _____

ASSINATURA DO COMPRADOR: _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO: _____