

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Clique aqui para
VALIDAR
<https://validar.iti.gov.br/>

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO:
CRM: UF:
ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE: UF:
TELEFONE: DATA:



Logo do local de
atendimento
(imagem)

ASSINATURA MÉDICO(A)

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 DE CAIXAS: _____

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

NOME DO MEDICAMENTO: _____

LABORATÓRIO: _____

NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE DE CAIXAS: _____

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

NOME DO MEDICAMENTO: _____

LABORATÓRIO: _____

NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE DE CAIXAS: _____

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: _____