

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

**VIA DIGITAL**  
VALIDAR EM:  
<https://assinaturadigital.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: \_\_\_\_\_