

ANEXO XVII

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª VIA FARMÁCIA
Nome Completo:	2ª VIA PACIENTE
CRM..... UF..... Nº.....	
Endereço Completo e Telefone:	
Cidade:..... UF:	

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Ident.:..... Órg. Emissor:	
End.:	
Cidade:..... UF:	
Telefone:.....	
	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____