

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE				
NOME COMPLETO:			Logo do local de	
INSCRICAO:	UF:		atendimento (imagem)	
ENDEREÇO COMPLETO:				
CIDADE:	UF	₹:		
	DATA:		ASSINATURA DA(O) CIRURGIÃ(ÃO) DENTISTA	
			ASSINATORA DA(O) CIRCINGIA(AO) DENTISTA	
NOME PACIENTE:				
ENDEREÇO COMPLETO:				
PRESCRIÇÃO:				
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRA	DOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
NOME COMPLETO:		NOME	FARMACÊUTICO(A):	

NOME COMPLETO:

RG:

ÓRGÃO EMISSOR:
ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE:
TELEFONE:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR			
NOME FARMACÊUTICO(A):			
CRF:	UF:		
NOME FARMÁCIA:			
ENDEREÇO:			
CIDADE:	UF:		
CNPJ:	TELEFONE:		
ASSINATURA FARMACÊUTICO(A)			

) ====================================			
) PRODUTO(S) DISPENSADOS			
NOME DO MEDICAMENTO:				
LABORATÓRIO:				
NÚMERO DO LOTE:	QUANTIDADE:			
NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LI (QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)	VRO DE RECEITUÁRIO:			
NOME DO MEDICAMENTO:				
LABORATÓRIO:				
	OLIANTIDADE.			
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 LI (QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)	VRO DE RECEITUÁRIO:			
INFORMAÇÕE	S 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:				