



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: <u> MEDICO </u>
CRM: <u> N CRM </u> UF: <u> PE </u>
End.: Av. Fernando Góes, S/N. Centro Petrolina-PE. CNPJ: 06.914.894/0001-01
Tel.: (87) 3866-8550

1 Via - Farmácia

2 Via - Usuário

USUÁRIO: _____

ENDEREÇO: _____

USO ORAL

PRESCRIÇÃO:

R//

1.

INFORMAÇÃO DO USUÁRIO PARA QUEM O MEDICAMENTO FOI DISPENSADO
Nome: _____
Identidade: _____
Endereço: _____

Telefone: (____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DISPENSADOR
Nome: _____
Unidade dispensadora: _____
Assinatura: _____
Data: ____ / ____ / ____

Observação: Essa receita tem **validade de 30 dias**. Ultrapassado o prazo, favor solicitar uma nova ao prescriptor.