

Modelo de Prescrição

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: _____
CRO: _____ UF: _____ Nº: _____
Endereço Completo: _____
Município: _____ UF: _____ Telefone: (____) _____

Paciente: _____

R.G.: _____ Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Prescrição: Conforme Resolução 344/98 da ANVISA - § 3º - A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura.

Exemplo:

Uso Interno

*Astro(nome do medicamento) ou
Azitromicina (substância sob forma DCB)500mg-----1(uma) Caixa..*

Tomar 1(um) comprimido ao dia pelo período de 3(três)dias.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
R.G.: _____ Emissor: _____	
End.: _____	

Município: _____ UF: _____	
Telefone: (____) _____	Ass. do Farmacêutico – Data: ____/____/____