

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:

Large empty area for the prescription text.

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: _____