

**Modelo de Prescrição**  
**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>	
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.***

<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b>
Nome:_____	
R.G.:_____ Emissor:_____	
End.: _____ _____.	
Município:_____ UF:_____	
Telefone: (____) _____	Ass. do Farmacêutico – Data: ____ / ____ / ____

1ª Via Farmácia - 2ª Via Paciente - Obs: Pode ser feito uma 3ª Via, caso queiram anexar ao prontuário.