

# 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.

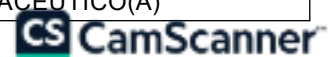
## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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: \_\_\_\_\_