



### Modelo de Receituário de Controle Especial:

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

Dizeres obrigatórios

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**  
Nome Completo: \_\_\_\_\_  
CRM \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Endereço Completo e Telefone: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Prescrição: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**  
Nome \_\_\_\_\_  
Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_  
End.: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**  
Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Impresso em formulário do profissional ou da instituição, contendo o nome e endereço do consultório e/ou da residência do profissional, número da inscrição no Conselho Regional e, no caso da instituição, nome e endereço.

Nome e endereço completo do paciente, e, no caso de uso veterinário, nome e endereço completo do proprietário e identificação do animal

Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de DCB, dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade e posologia.

Campos de preenchimento exclusivo do farmacêutico.

### Modelo de Receita Renovável:

#### ❖ Receita Renovável

**Receita Médica**  
Nº \_\_\_\_\_  
000000001881

**Local de prescrição**  
Vinheta do local

**UTENTE**  
Utente: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Entidade responsável: \_\_\_\_\_  
Nº de beneficiário: \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_  
Especialidade \_\_\_\_\_  
Contato telefônico \_\_\_\_\_

R	Designação do medicamento, dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem	Nº	Extensão	Identificação óptica
1	Posologia			
2	Posologia			
3	Posologia			
4	Posologia			

Assinatura do médico prescriptor \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Validade: 10 DIAS ÚTEIS  
Modelo no. 1806 (exclusivo da NCM 5 A) C

1 2 3 4 Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico  
Assinatura do médico prescriptor \_\_\_\_\_

1 2 3 4 Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico  
Assinatura do médico prescriptor \_\_\_\_\_

