



REQUISIÇÃO DE RECEITUÁRIOS DE MEDICAMENTOS SUJEITOS AO CONTROLE ESPECIAL

<input type="checkbox"/>	LISTAS A1/A2 – SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES/PSICOTRÓPICAS (LISTA A3)
<input type="checkbox"/>	LISTA B1 – SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS
<input type="checkbox"/>	LISTA B2 – SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS ANOREXÍGENAS
<input type="checkbox"/>	LISTA C2 – SUBSTÂNCIAS RETINÓICAS
<input type="checkbox"/>	LISTA C3 – SUBSTÂNCIAS IMUNOSSUPRESSORAS (TALIDOMIDA)

DADOS DA INSTITUIÇÃO/PRESCRITOR

RAZÃO SOCIAL:	
CNPJ:	
RESP. TÉCNICO:	
NOME REQUISITANTE:	
CR ____:	
ESPECIALIDADE:	
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	
TELEFONE:	
Nº DE RECEITAS*:	

*** Informar a quantidade total de receitas e não de talões.**

DADOS DA GRÁFICA

(PREENCHER APENAS SE LISTA B1, B2 OU C2)

RAZÃO SOCIAL:	
CNPJ:	
RESPONSÁVEL:	
TELEFONE:	

OBSERVAÇÃO: TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.