



[www.iclubpet.com.br](http://www.iclubpet.com.br)

## RECEITUÁRIO DE ANTIMICROBIANOS

VIA DIGITAL | Validar em  
DIGITAL VIA | Validate on  
<https://validar.iti.gov.br/>

### PACIENTE

Animal: Proprietário:

Espécie: CPF:

Peso: End.:

Nome do medicamento ou substância prescrita (DCB):

Dose ou concentração:

Forma farmacêutica:

Via de administração:

Posologia:

Quantidade:

Duração do tratamento:

Obs.:

Nome do medicamento ou substância prescrita (DCB):

Dose ou concentração:

Forma farmacêutica:

Via de administração:

Posologia:

Quantidade:

Duração do tratamento:

Obs.:

Nome do medicamento ou substância prescrita (DCB):

Dose ou concentração:

Forma farmacêutica:

Via de administração:

Posologia:

Quantidade:

Duração do tratamento:

Obs.:

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome do médico:

CRMV:

UF:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

UF:

Telefone:

Data:

Assinatura do Médico

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome farmacêutico(a):

CRF:

UF:

Farmácia:

Endereço:

Cidade:

UF:

CNPJ:

Telefone:

Assinatura do farmacêutico(a)



[www.iclubpet.com.br](http://www.iclubpet.com.br)

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

VIA DIGITAL | Validar em  
DIGITAL VIA | Validate on  
<https://validar.iti.gov.br/>

### DADOS DOS PRODUTOS 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20 \_\_\_\_

Assinatura do comprador: \_\_\_\_\_

Assinatura do farmacêutico: \_\_\_\_\_