



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Proprietário do Animal

Nome Completo: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Identificação do Animal

Nome do animal: _____

Espécie: _____ Raça: _____ Peso: _____

Prescrição e Modo de Usar

Identificação do Médico(a) Veterinário(a)

Médico(a) Veterinário(a): _____

CRMV-RJ N°: _____ MAPA: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ Tel.: _____

Local: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura
e Carimbo
