

UF:RS

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PACIENTE:\_\_\_\_\_

ENDEREÇO:\_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO:\_\_\_\_\_

PREFIXO:\_\_\_\_\_

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

RS	10ª CRS SANT'ANA DO LIVRAMENTO
----	-----------------------------------

B

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ASSINATURA EMITENTE \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
NOME:	_____
ENDEREÇO:	_____
TELEFONE:	_____
IDENTIDADE Nº.:	_____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Secretaria Municipal da Saúde Rua General Câmara, 1668 Sant'Ana do Livramento

PACIENTE - NOME \_\_\_\_\_

END: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA	
QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA	
DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA	
POSOLOGIA	
CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome do Vendedor _____	____/____/____ Data