

IMAGEM RECEITUÁRIO AMARELO

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	PRESCRIÇÃO
NÚMERO <input type="text"/>	NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE	NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLOGIA:
DATA: _____	NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE:	
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR		
PACIENTE: _____		
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____		

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO

IMAGEM RECEITUÁRIO AZUL

<p>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</p> <p>NUMERO <input type="text"/></p> <p>B</p> <p>DATA: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</p> <p>NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF</p> <p>ou</p> <p>NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE</p>	<p>PRESCRIÇÃO</p> <p>NOME DO MEDICAMENTO:</p> <p>CONCENTRAÇÃO:</p> <p>FORMA FARMACÊUTICA:</p> <p>QUANTIDADE:</p> <p>POSOLOGIA:</p>
	<p>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p> <p>NOME:</p> <p>CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:</p> <p>ENDEREÇO COMPLETO:</p> <p>TELEFONE:</p>	

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO

IMAGEM RECEITUÁRIO BRANCO

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS

NUMERO

DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR

PACIENTE: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

SEXO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME DO MÉDICO + INSCRIÇÃO NO CRM + UF
OU
NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES +
ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:
ENDEREÇO COMPLETO:
TELEFONE:

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO:

CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

QUANTIDADE:

POSOLOGIA:



GRAVIDEZ PROIBIDA
Risco de graves defeitos
na face, nas orelhas, no
coração e no sistema
nervoso do feto.