



# Secretaria Municipal de Saúde de Dona Euzébia

Rua Nilo Lacerda Werneck, 01 - Centro - Dona Euzébia - MG



1ª VIA - FARMÁCIA  
2ª VIA - PACIENTE

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prescrever em nome genérico em cumprimento à Lei 344/99/MS

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Ident. \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1ª Via Farmácia

2ª Via - Paciente



# Secretaria Municipal de Saúde de Dona Euzébia

Rua Nilo Lacerda Werneck, 01 - Centro - Dona Euzébia - MG



1ª VIA - FARMÁCIA  
2ª VIA - PACIENTE

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prescrever em nome genérico em cumprimento à Lei 344/99/MS

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Ident. \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1ª Via Farmácia

2ª Via - Paciente