NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
RETINÓIDES SISTÊMICOS
(Verificar Termo de Conhecimento)

UF MG | NÚMERO 22 013651

Data____de_____de____

_____
Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal de Saúde de
MONTE SANTO DE MINAS
Prefeitura Municipal
Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro
CNPJ 18.241.372/0001-75

Paciente_____

Idade_____ Sexo_____

Prescrição: Inicial ☐ Subsequente ☐

Endereço_____

ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA

Nome
☐ Isotretinoína
☐ Tretinoína
☐ Acitretina

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

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:_____

Endereço:_____

Identidade Nº_____ Órgão Emissor:_____ Telefone:_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____
Nome

_____/_____/_____
Data

GRÁFICA EDITORA MONTE-SANTENSE LTDA. ME - AV. DR. ANTÔNIO P. LIMA, 350 - CENTRO - MTE. STO. MINAS/MG - TEL.: (35)3591.4035 - CNPJ 05.938.802/0001-60 - INSC. EST. 432.261.61[illegible]-08
04 BLCS. 50X1 VIA - **NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL** - NUMERADAS DE 22-013.501 A 22-013.700 - AUT. EMITIDA PELA VISA Nº02/2020 DE 29/07/2020