

MEDICAMENTO

PACIENTE
____/____/____
DATA
RS Nº 027901

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA

RS	SMSAS MUNICÍPIO: TRÊS COROAS Nº 47551
----	---

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL
DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
Rua Felipe Bender, 170 - Centro - Três Coroas/RS

.....DE.....DE.....

PACIENTE - NOME:.....

ENDEREÇO:.....

ASSINATURA DO EMITENTE E CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:.....
ENDEREÇO:.....
TELEFONE:.....
IDENTIDADE Nº.....ÓRGÃO EMISSOR:.....

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDOR

DATA