

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF **MT** NÚMERO **Nº 255743**

UF **MT** NÚMERO **Nº 255743** **B**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
 Secretaria Municipal de Saúde
 ARAPUTANGA - MT
 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 Rua Arthur Francisco Xavier, s/nº - Centro
 CEP 78.260-000 - Araputanga - Mato Grosso

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

Data ____ de ____ de ____ Paciente ____

Endereço ____

Assinatura do Emissor

Medicamento: ____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: ____

Endereço: ____

Identidade: ____ Órgão Emissor: ____ Telefone: ____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor: ____ Data: ____

Gráfica Modelo - Av. Marechal Rondon, nº 92 - Jardim Village - Fone: (65) 3261-1067 - CNPJ 11.630.847/0001-76 - 10 Tls. - 100x1 - 25x951 a 255950 - Autorização Emitida pela VISA - Nº 04672120 - 25/05/2020

UF **MT** Nº **50504** NÚMERO

UF **MT** Nº **50504** B2

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Secretaria Municipal de Saúde
ARAPUTANGA - MT
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Arthur Francisco Xavier, s/nº - Centro
CEP 78.260-000 - Araputanga - Mato Grosso

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA
DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA
POSOLOGIA

Data ____/____/____
Paciente: _____

Medicamento: _____

de ____ de ____ Paciente _____
Endereço: _____
Assinatura do Emissor _____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Endereço: _____
Identidade: _____
Órgão Emissor _____
Telefone: _____

Nome do Vendedor _____
Data ____/____/____
CARIMBO DO FORNECEDOR

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF **MT** NÚMERO **21045 551**

C2

de

de

PACIENTE

MEDICAMENTO

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

UF **MT** NÚMERO **21045 551**

C2

Data

de

de

Paciente

Idade

Prescrição: Inicial ☐ Subsequente ☐

Endereço

Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESPECIALIDADE /
SUBSTÂNCIA

Nome

☐ Isotretinoína

☐ Tretinoína

☐ Acetrelina

Posologia



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

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Endereço:

Identidade N.º:

Órgão Emissor:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome

Data