

NÚMERO

Nº 585901

UF

RS

DATA

PACIENTE

MEDICAMENTO

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

2º CRS	<b>B</b>
MUNICÍPIO RIOZINHO	
RS Nº 585920	

de ..... de 20 .....

Assinatura do Emitente

Nome: .....  
Endereço: .....  
Telefone: .....  
Ident. Nº: .....

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:**

**Secretaria Municipal da Saúde,  
Meio Ambiente e Assistência Social**  
CNPJ 92.401.553/0001-74  
**FONE 3548.1090**  
Av. Guerino Pandolfo, 580 - CEP 95695-000 - Centro - RIOZINHO / RS

Paciente: .....

Endereço: .....

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:**

Nome: .....  
Endereço: .....  
Telefone: .....  
Ident. Nº: .....  
Órgão Emissor: .....

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

Carimbo do Fornecedor

Nome do Vendedor

Data