

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF _____ NÚMERO _____
MG **20 157851**

Data: ____/____/____
 Paciente: _____
 End.: _____
 Medicamento: _____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF _____ NÚMERO _____
MG **20157851**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM SUCESSO
 Rua Aurélio Ferreira Guimarães, 26
 Centro - Bom Sucesso - Minas Gerais

de ____ de ____ PACIENTE: _____
 ENDEREÇO: _____
 Assinatura do Emissor: _____
 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 VENDEDOUR: _____ DATA: ____/____/____

GRÁFICA E EDITORA SANTA CRUZ LTDA. - Rua Plínio Assis Ribeiro, 144 - D. Sirlaninha - CEP 35.540-300 - Oliveira/MG - CNPJ: 17.026.535/0001-34
 60 Blocos 100x1 via de 20.156.351 a 20.162.350 - Autorização emitida pela VISAGRS/SAO JOAO DEL-REI 2.143/2017 - Data Imp.: 21/08/2017

Amexo VII