

3DRS	RS	RS
Município:	03.061201	
Data:/...../.....		
Paciente:		
Medicamento:		

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

3DRS	RS
Município:	03.061201
RS	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal de Saúde de Jaguarão

Av. 27 de Janeiro, 1303 CRM: 10702 JAGUARÃO-RS.

B

Paciente-Nome:

de de

Endereço:

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Endereço:

Telefone:

Identidade nº Orgão Emissor

LPC. Oliveira - Gráfica Lar de Meninos Fone: 984369936 General M. Alves, 567

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

CARIMBO DO FARMACEUTICO

Nome do Vendedor/...../.....

Data/...../.....

300 Tls. 20x1 03.059.701 a 03.065.700 Aut. 034/17