

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

| | | |
|----|-----------|------------------|
| RS | MUNICÍPIO | MOSTARDAS |
| | Nº | 30385 |

B

| |
|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE |
| Prefeitura Municipal de Mostardas SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE |
| Rua Ana Amália Leite, 406 - Mostardas - RS CEP 96.270-000 (51) 3673.1345 (51) 3673-1325 |

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

_____ de _____ de _____ PACIENTE - NOME _____

_____ ENDEREÇO _____

ASSINATURA DO EMITENTE _____

| |
|---|
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR |
| NOME: _____ |
| ENDEREÇO: _____ |
| TELEFONE: _____ |
| IDENTIDADE Nº: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ |

| |
|-----------------------------------|
| CARIMBO DO FORNECEDOR |
| |
| |
| |
| NOME DO VENDEDOR _____ DATA _____ |