

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

UF	NÚMERO
MG	30

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTALVÂNIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTALVÂNIA - MG
Montalvânia De Todos Nós

Data: _____ de _____ de _____

Paciente: _____


Idade: _____ Sexo: _____

Prescrição Inicial: Subsequente

Assinatura _____

Endereço: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		
Nome:	_____	
Endereço:	_____	
Identidade Nº	Orgão Emissor:	Fone: _____

ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA	 GRAVIDEZ PROIBIDA Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e nos sistema nervoso do feto.
Nome	
<input type="checkbox"/> (Isotretinoína) <input type="checkbox"/> (Tretinoína) <input type="checkbox"/> (Acitretina)	
Posologia	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome
Data

Glicério Oliveira Ramos - Rua Teixeira de Freitas, 502 - Santa Maria da Vitória - Bahia - Insc. Estadual: 44.520.889 - CNPJ: 96.812.318/0001-46
01 bloco 50X2 - Notificação de Receita Especial: Retinóides Sistêmicos - Numeração de 30463930 a 3043979 - Cad. VISA Nº 77/2015 em 03/07/2015

modelo .1.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF MG	Nº:	DE	DE
		PACIENTE:	
		ENDEREÇO:	
		PRESCRIÇÃO:	

UF MG	Nº:
-------	-----

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTALVÂNIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTALVÂNIA - MG
Montalvânia De Todos Nós

B

DE _____ DE _____

PACIENTE / NOME _____

ASSINATURA E CARIMBO _____

ENDEREÇO _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

IDENT. Nº: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ TEL.: _____

ENDEREÇO: _____

Medicamento / Substância
Quantidade e Apresentação
Forma Farm. / Conte. p/ unid. Posol

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME _____ DATA _____

Glicério Oliveira Ramos - Rua Teixeira de Freitas, 502 - Sta. Mª. da Vitória - BA - Insc. Estadual : 44.520.889 - CNPJ: 96.812.318/0001-46
10 blocos 50X2 - Notificação de Receita - Numeração de 30505629 a 30506638 - Cad. VISA Nº 009/2016

modelo 2

UF MG _____
 Nº: _____
 DE _____ DE _____
 PACIENTE: _____
 ENDEREÇO: _____
 PRESCRIÇÃO: _____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF MG _____ Nº: **888**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTALVÂNIA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTALVÂNIA - MG
Montalvânia De Todos Nós

A

DE _____ DE _____ PACIENTE / NOME _____
 ASSINATURA E CARIMBO _____ ENDEREÇO _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____
 IDENT. Nº: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ TEL.: _____
 ENDEREÇO: _____

Medicamento / Substância _____
 Quantidade e Apresentação _____
 Forma Farm. / Conc. p/ unid. Posol _____
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
 NOME _____ DATA _____

Glicério Oliveira Ramos- Rua Teixeira de Freitas, 502 - Sia. Ma. da Vitória - BA - Insc. Estadual - 44.520.889 - CNPJ: 96.812.318/0001-46
 01 bloco 19X02 - Notificação de Receita - Numeração de 0906481 a 0906500 - Cad. VISA Nº 009/2016

modelo 3.