

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
(verificar tempo de carteramento)

de _____ de _____ de _____ de _____ de _____

DATA _____ de _____ de _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREGUE

Paciente _____ Sexo _____
 Idade _____
 Prescrição inicial Subsequente

ASSINATURA

Endereço _____
 Identificação Nº _____ Orgão Emissor _____ Telefone _____
 Dado de Gráfico Nome Endereço Completo COG _____ Número da impressa de _____ de _____ de _____

ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA

Nome _____
 Morfina Tramadol Aspirina

POSSE

GRANDEZA PROIBIDA
 Risco de graves efeitos na saúde, nos hábitos de ingestão e no sistema nervoso do feto.

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome _____
 Endereço _____
 Identificação Nº _____ Orgão Emissor _____ Telefone _____

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
RETÍCIDOS SISTÊMICOS

de _____ de _____ de _____ de _____ de _____

DATA _____ de _____ de _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREGUE

Paciente _____ Sexo _____
 Idade _____
 Prescrição inicial Subsequente

ASSINATURA

Endereço _____
 Identificação Nº _____ Orgão Emissor _____ Telefone _____
 Dado de Gráfico Nome Endereço Completo COG _____ Número da impressa de _____ de _____ de _____

ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA

Nome _____
 Morfina Tramadol Aspirina

POSSE

GRANDEZA PROIBIDA
 Risco de graves efeitos na saúde, nos hábitos de ingestão e no sistema nervoso do feto.

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome _____
 Endereço _____
 Identificação Nº _____ Orgão Emissor _____ Telefone _____

(canhoto)