Número

UF RS

DATA

_____/_____/_____

PACIENTE

MEDICAMENTO

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

RS

1ª CRS.

Município_____

B

____de_____de_____

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CRM 39263

MÉDICO DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Rua 25 de Julho, 970

Harmonia - RS

Paciente - Nome_____

Endereço_____

Medicamento ou Substância

Quant. e forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome_____

Endereço_____

Telefone_____

Ident. nº_____ Órg. Emissor_____

CARIMBO DO FORNECEDOR

_____ ____/____/____

Nome do Vendedor Data

Gráfica ALTHAUS (51) 3761-1119 - Rua 4 de julho, 6741 - Centro - Paverama CNPJ 93.784.221/0001-89 Insc. Est. 298/0001427

Autorização p/ impressão nº 001/2026 - 50tls - 1x50 - 01.002.500 a 01.005.000

SUS

MUNICÍPIO DE HARMONIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE HARMONIA

REQUISIÇÃO DE EXAMES

PRONTUÁRIO

NOME

CARTÃO SUS

IDADE	SEXO		COR	PESO	ALTURA	CLÍNICA
	M	F				

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

_____/_____/_____
DATA

_____
CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

15 cm

22,2 cm

2ª via

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª via

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
MUNICÍPIO DE HARMONIA
Secretaria da Saúde

CRM: UF: Nº:

Endereço Completo: *Rua 25 de Julho, 970*

Fone: *(51) 3695-1203*

Cidade: *Harmonia* UF: *RS*

Paciente: _____

Endereço: 50 receituários p/ bloco em 2 vias

Prescrição: total 100 folhas p/ bloco

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Ident.: Órg. Emissor:	
End.:	
Cidade:	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO
Fone: UF:	DATA: / /

Medicamento:
"Mantenha afastado das Crianças."

1ª via 16,5 cm

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
MUNICÍPIO DE HARMONIA
Secretaria da Saúde

CRM: UF: Nº:

Endereço Completo: *Rua 25 de Julho, 970*

Fone: *(51) 3695-1203*

Cidade: *Harmonia* UF: *RS*

Paciente: _____

Endereço: 50 receituários p/ bloco em 2 vias

Prescrição: total 100 folhas p/ bloco

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Ident.: Órg. Emissor:	
End.:	
Cidade:	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO
Fone: UF:	DATA: / /

Medicamento:
"Mantenha afastado das Crianças."

11,5 cm

MUNICÍPIO DE HARMONIA
Secretaria Municipal de Saúde

Dr. 50 folhas p/ bloco

Marcado para ____/____/____ às_____horas

Nome_____

Ass._____

11 cm de largura

7,3 cm de altura

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Município de Harmonia

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nome:_____

Harmonia, ____/____/____

50 folhas p/

bloco

_____
Médico - CREMERS nº

* Fumo e álcool prejudicam sua saúde.
* O leite materno é o melhor alimento para o bebê.
* Vacina é proteção e segurança. Vacine seus filhos.
* Obs.: Participe das Campanhas Preventivas da Secretaria da Saúde.

Rua 25 de Julho, 970 - Fone: (51) 3695 1203

12 6 cm de largura

MUNICÍPIO DE HARMONIA
Secretaria Municipal de Saúde

Dr._____

Marcado para _____/_____/_____ às_____horas

Nome_____

Ass._____

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Município de Harmonia

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Nome:_____

Harmonia, _____/_____/_____

_____

Médico - CREMERS n°

* Fumo e álcool prejudicam sua saúde.
* O leite materno é o melhor alimento para o bebê.
* Vacina é proteção e segurança. Vacine seus filhos.
* Obs.: Participe das Campanhas Preventivas da Secretaria da Saúde.

Rua 25 de Julho, 970 - Fone: (51) 3695 1203