

*Medicamento - 250 X 100mm - 50g/m<sup>2</sup>.*

UF **SP** - NÚMERO **210405** Série **B**

DATA \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_

END.: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_

~~UTILIZAVEL~~

UF **SP** - NÚMERO **210405** Série **B**

Data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0 \_\_\_\_\_

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  
**Prefeitura Municipal de Pirassununga**  
Estado de São Paulo  
**Secretaria Municipal da Saúde**

Paciente: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Ident. Nº \_\_\_\_\_

Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medicamento ou Substância
Quantidade e Forma Farmacêutica
Dose por Unidade Posologia
Posologia