



SOLICITAÇÃO RECEITUÁRIO

UBS: _____

Fone: _____ E-mail: _____

Nome solicitante: _____

(____) Receituário tipo **A** Qtdade: _____ blocos

(____) Receituário tipo **B** Qtdade: _____ blocos

(____) Receituário tipo **B2** Qtdade: _____ blocos

(____) Receituário tipo **C** Qtdade: _____ blocos

(____) Receituário tipo **R** (Retinóides C2) Qtdade: _____ blocos

(____) Receituário tipo **T** (Talidomida) Qtdade: _____ blocos

(____) Carteira de saúde Qtdade: _____ unidades

Obs: Máximo 3 blocos permitido, por tipo de receituário.

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

