



**SOLICITAÇÃO RECEITUÁRIO**

UBS: \_\_\_\_\_

Enfermeiro responsável: \_\_\_\_\_ ( ) Matutino ( ) Vespertino

Solicita receituários para o prescritor: \_\_\_\_\_

CRM/CRO: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) 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

(\_\_\_\_) Carteira de saúde Qtdade: \_\_\_\_\_ unidades

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do enfermeiro solicitante

