



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

