

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL  
RETINÓIDES SISTÊMICOS

NÚMERO

DATA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR

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

\_\_\_\_\_  
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

\_\_\_\_\_  
ENDEREÇO COMPLETO:

\_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO:

\_\_\_\_\_  
SEXO:

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO MÉDICO +  
INSCRIÇÃO NO CRM + UF

OU

NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES +  
ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONE:

\*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO  
\*DATA DE IMPRESSÃO DESTE RECEITUÁRIO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (recomendável)

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO:

CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

QUANTIDADE:

POSOLOGIA:



**GRAVIDEZ PROIBIDA**  
Risco de graves defeitos  
na face, nas orelhas, no  
coração e no sistema  
nervoso do feto.