

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
RETINÓIDES SISTÊMICOS**

NÚMERO

DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR

PACIENTE: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

SEXO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME DO MÉDICO + INSCRIÇÃO NO CRM + UF

OU

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

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.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONE:

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO