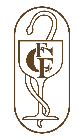
**MODELO – Receita (com indicações de preenchimento)**



Nome do estabelecimento ou serviço de saúde

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro meio de contato, CNPJ



**Paciente:** [nome completo]

**Contato:** [endereço, telefone, ou outro meio de contato]

**1-** [Terapia farmacológica: nome do medicamento ou formulação, concentração/ dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração, frequência e duração do tratamento]

**2-** [Terapia não farmacológica]

**3-** [Outras intervenções relativas ao cuidado à saúde (encaminhamento)]

[Local e data]

*XXXXXXXXXXX*

*Assinatura*

[Nome completo e número de inscrição do farmacêutico no CRF/UF (carimbo, impressão ou de próprio punho)]