**MODELO – Receita**

Nome do estabelecimento ou serviço de saúde

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

*Marca ou símbolo do estabelecimento ou serviço de saúde*

**Paciente:**

**Contato:**

*Assinatura*

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