



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA

RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO

Número da APAC Vigência / / a / /

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente CNS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE (EXECUTANTE)

Nome do estabelecimento CNES

DISPENSAÇÃO

1º MÊS	Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:

Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação
 Administração Efeitos adversos Situações especiais (idade, gestação...)

CNS do Farmacêutico Responsável

Assinatura/orimbo do Farmacêutico Responsável

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento.

paciente responsável representante

Assinatura

2º MÊS	Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:

Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação
 Administração Efeitos adversos Situações especiais (idade, gestação...)

CNS do Farmacêutico Responsável

Assinatura/orimbo do Farmacêutico Responsável

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento.

paciente responsável representante

Assinatura

3º MÊS	Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:

Armazenagem Interação com medicamentos e alimentação
 Administração Efeitos adversos Situações especiais (idade, gestação...)

CNS do Farmacêutico Responsável

Assinatura/orimbo do Farmacêutico Responsável

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descrito(s) e fui informado das orientações sobre o seu correto uso e armazenamento.

paciente responsável representante

Assinatura