



Renovação de Receituário

Nome Completo	
Data Nascimento	
Nº Utente	
Médico de Família	

MEDICAMENTOS:

NOME	DOSAGEM	Nº CAIXAS
EXEMPLO: atorvastatina	10 mg	3

PRETENDE RECEBER A RECEITA POR:

- Telemóvel _____
- E-mail _____
- Papel – levantar na USF

Deve pedir a renovação do receituário atempadamente (pelo menos 15 dias antes de terminar a medicação)



Renovação de Receituário

Nome Completo	
Data Nascimento	
Nº Utente	
Médico de Família	

MEDICAMENTOS:

NOME	DOSAGEM	Nº CAIXAS
EXEMPLO: atorvastatina	10 mg	3

PRETENDE RECEBER A RECEITA POR:

- Telemóvel _____
- E-mail _____
- Papel – levantar na USF

Deve pedir a renovação do receituário atempadamente (pelo menos 15 dias antes de terminar a medicação)