








Receita Médica Renovável Nº  1 3 8 0 5 5 6 5 1 5 4 7 UTENTE		Local de Inscrição HOSPITAL SANTOS SILVA  1 2 3 4 5 6	
Nome: Maria Casimiro Calado Ruivo Telefone: 227532490 R.E.C.M Entidade Responsável: SNS Nº de contribuinte:			
MÉDICO Dr. Pedro Silvestre Especialidade: Medicina geral e Familiar			
Designação do medicamento	Nº	Extenso	Identificação Óptica
1. Paracetamol	1	UM	 0 27069 70158 7
2. Brufen	1	UM	 1 27035 24076 0
3. Victom	1	UM	 0 36000 29145 2
4. Heparinocle Trombocial (gel)	1	UM	 0 87295 15110 5
5. Heparinocle Hirodoid (gel)	1	UM	 0 19069 69198 2
Assinatura do Médico prescriptor: _____ Data: 24/04/2010 Validade: 6 MESES		Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico Assinatura do médico prescriptor: _____ Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico Assinatura do médico prescriptor: _____	



Ministério da Saúde