

MODELO - PROPOSTA DE PREENCHIMENTO DA RECEITA



Centro de Hematologia de SP

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2533 - Jardim Paulista,
São Paulo - SP, 01401-000

Paciente: *[Antônio da Silva]*

1- *Glicose*

2- *Ureia*

3- *Creatinina*

4- *Sódio*

5- *Potássio*

6 - *Hemograma*

7- *Tp/TTP*

[Local e data]

XXXXXXXXXXXX

Assinatura

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