



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

9ª COORDENADORIA REGIONAL DA SAÚDE

ANEXO 2

REQUISIÇÃO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

NOME DO REQUISITANTE: Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista do Incra

ENDEREÇO COMPLETO: Rua Alberto Rosa nº 831 Cruz Alta - RS

C.R.M., C.R.M.V., C.R.O: 26960/RS **ESPECIALIDADE:** Urologia

AUTORIZAÇÃO EMITIDA PELA VISA: 33/2006 NÃO PREENCHER

PELO PRESENTE AUTORIZO(A) SR(A): Mari Cleia Martins de Almeida

RG: 6016838788 **DATA DA EMISSÃO:** 23/03/2011

RESIDENTE A localidade : Anexo C – Interior, Boa Vista do Incra - RS

PARA RETIRAR:

- NOTIFICAÇÃO DE RECEITA A: _____ TALÕES

COM NUMERAÇÃO DE _____ A _____

- NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B: 1000(mil) FOLHAS

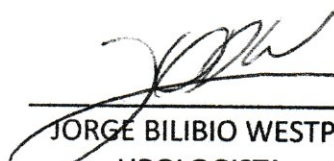
COM NUMERAÇÃO DE ANEXO A ANEXO

- NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL

RETINÓIDES _____ FOLHAS - NUMERAÇÃO DE: _____ A _____

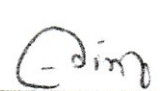
TALIDOMIDA _____ FOLHAS - NUMERAÇÃO DE: _____ A _____

BOA VISTA DO INCRA, 30 DE JULHO DE 2026


JORGE BILIBIO WESTPHALEN
UROLOGISTA
CRM26960/RS

Dr. Jorge Bilibio Westphalen
UROLOGIA
CRM 26960

Édina Romano Fell
Vigilância Sanitária 09ª CRS
ID 4472829


ASSINATURA E CARIMBO DA VISA

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SISTEMA NACIONAL DE CONTROLE DE RECEITUÁRIOS



Comprovante para entrega

Informações da Numeração

Início da Numeração:	2607.2 - 43.0480396
Fim da Numeração:	2607.2 - 43.0481395
Data de Criação:	30/07/2026, 14:17:02 (BRT)
Tipo de Receituário:	NR002 - Notificação de Receita B (NRB)
Quantidade de N°:	1000

Usuário

Nome do Usuário:	Édina Romano Fell
Identificação:	CPF: 000.***.***-55

Instituição

Nome da Instituição:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOA VISTA DO INCRA RS
Identificação:	CNPJ: 04.***.***/0001-26

1. CADERNETA DE VACINAÇÃO



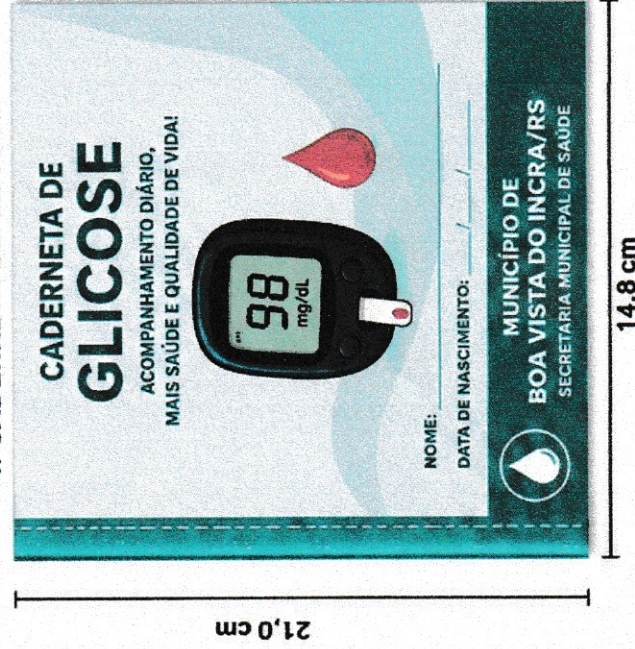
2. CADERNETA DA GESTANTE



3. CADERNETA DE PRESSÃO ARTERIAL



4. CADERNETA DE GLICOSE



DIMENSÕES DE TODAS AS CADERNETAS: 14,8 cm (largura) x 21,0 cm (altura) | Formato fechado (A5)

1. CADERNETA DE VACINAÇÃO – A5 (14,8 x 21,0 cm)

DADOS PESSOAIS

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____
 Nome da Mãe: _____
 Nome do Pai: _____
 Endereço: _____
 Município: BOA VISTA DO INCRA/RS
 Unidade de Saúde: _____
 Cartão SUS: _____

IMPORTANTE

Mantenha esta caderneta sempre atualizada e leve-a a todas as consultas e salas de vacina.



MUNICÍPIO DE
BOA VISTA DO INCRA/RS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REGISTRO DE VACINAS

VACINA	DOSE	DATA	LOTE	UNIDADE DE SAÚDE E PROFISSIONAL

PRÓXIMAS VACINAS

VACINA	DATA PREVISTA

2. CADERNETA DA GESTANTE – A5 (14,8 x 21,0 cm)

DADOS PESSOAIS

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____
 Nome do Parceiro: _____
 Endereço: _____
 Município: BOA VISTA DO INCRA/RS
 Unidade de Saúde: _____
 Cartão SUS: _____
 Data da 1ª Consulta: ____/____/____
 DUM (Data da Última Menstruação): ____/____/____
 DPP (Data Prevista do Parto): ____/____/____

CUIDAR DE VOCÊ É CUIDAR DE DUAS VIDAS.
FAÇA SEU PRÉ-NATAL!

MUNICÍPIO DE
BOA VISTA DO INCRA/RS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL

DATA DA CONSULTA	IDADE GESTACIONAL (semanas)	PA (mmHg)	PESO (kg)	ALTURA UTERINA (cm)	BCF (bat./min)	ASSIMETRIA E CÍMBRIO

EXAMES REALIZADOS

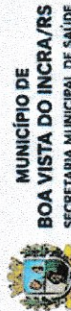
EXAME	DATA	RESULTADO

3. CADERNETA DE PRESSÃO ARTERIAL – A5 (14,8 x 21,0 cm)

DADOS PESSOAIS

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____
 Município: BOA VISTA DO INCRA/RS
 Unidade de Saúde: _____
 Cartão SUS: _____

CONTROLAR A PRESSÃO
É CUIDAR DO CORAÇÃO
E VIVER MELHOR!



MUNICÍPIO DE
BOA VISTA DO INCRA/RS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REGISTRO DA PRESSÃO ARTERIAL

DATA	HORA	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	PULSO (bpm)	OBSERVAÇÕES

VALORES DE REFERÊNCIA

Pressão Normal: até 120/80 mmHg
 Pré-hipertensão: 120-139/80-89 mmHg
 Hipertensão: 140/90 mmHg ou mais



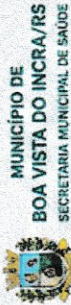
4. CADERNETA DE GLICOSE – A5 (14,8 x 21,0 cm)

DADOS PESSOAIS

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____
 Município: BOA VISTA DO INCRA/RS
 Unidade de Saúde: _____
 Cartão SUS: _____
 Diagnóstico: _____
 Data do Diagnóstico: ____/____/____



Acompanhe sua glicose
e tenha mais qualidade
de vida!



MUNICÍPIO DE
BOA VISTA DO INCRA/RS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REGISTRO DE GLICOSE CAPILAR

DATA	HORA	GLICOSE (mg/dL)		OBSERVAÇÕES
		EM JEJUM	2h APÓS REFEIÇÃO	

METAS DE CONTROLE GLICÊMICO
 Jejum: 70 a 130 mg/dL
 2h após refeição: até 180 mg/dL
 Antes de dormir: 90 a 150 mg/dL



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NÚMERO
RS	Nº 0000001
SÉRIE F	

B

de _____ de _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE
BOA VISTA DO INCRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 91.566.314/0001-08
Assinatura do Emitente _____

Paciente: _____

Endereço: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO INCRA**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

R. Domário Batú Pereira, 55 - Fone: (55) 3613.1206 / 1302

Boa Vista do Incra - RS - CEP 98120-000

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Emissor _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor _____

Data _____ / _____ / _____

FasPrint Gráfica e Design LTDA - CNPJ: 01.512.107/0001-81

R. Dr. Alceu de Campos Rodrigues, 544 - Itaim Bibi, São Paulo - SP 04544-001

Autorização emitida pela VISA - Nº 12.922/2013

Receita B de Nº 000.000 a 999.999 - Série F



Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO INCRA
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Dorvalino Batu Pereira, 55 - Fone: (55) 3613.1206/1302 - Boa Vista do Incra - RS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço Completo e Fone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

Ass. do Médico - CRM

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
Assinatura do Farmacêutico _____ Data ____/____/____	

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente



Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO INCRA
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Dorvalino Batu Pereira, 55 - Fone: (55) 3613.1206/1302 - Boa Vista do Incra - RS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço Completo e Fone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: ____/____/____

Ass. do Médico - CRM

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
Assinatura do Farmacêutico _____ Data ____/____/____	

1ª Via - Farmácia

2ª Via - Paciente