

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO**

Número da APAC                      Vigência  /  /  a  /  /

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**  
 Nome do Paciente  CNS

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**  
 Nome do estabelecimento  CNES

**DISPENSAÇÃO**

**1º MÊS**

Medicamento	Quantidade autorizada	Quantidade dispensada	Data de entrega

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/carimbo 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

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/carimbo 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

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/carimbo 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