



MODELO II – REQUISIÇÃO DE ETIQUETAS MÉDICAS, RECEITUÁRIO E IMPRESSOS

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE: _____

LOCAL DE PRESCRIÇÃO: _____

Vimos por este meio requerer o seguinte material:

Código do Artigo	Designação	Preço Unitário	Quantidade Total Requisitada	Quantidade Fornecida (a)
530 701 806	Receita Médica 1 via – Mod. 1806 (INCM) Nr.: _____	4,00 EUR/Bloco 100 receitas		
530 708 807	Receita Médica renovável – Mod. 1806 A (INCM) Nr.: _____	6,00 EUR/Bloco 50 receitas		
510 106 050	Etiquetas Rosa (folha c/ 48 vinhetas) Identificação do profissional	1,00 EUR/Folha	(b)	
510 106 050	Etiquetas Rosa (folha c/ 48 vinhetas) Identificação do Local de prescrição	1,00 EUR/Folha	(c)	
510 106 049	Etiquetas Verdes – Isenção (folha c/ 48 vinhetas) Identificação do Local de prescrição	1,00 EUR/Folha	(c)	
531 033 010	Meios Comp. Diag. Terap. – P1 – Mod. 13/33.010 Nr.: _____	1,35 EUR/Bloco		

(a) A preencher pelo Serviço de Aprovisionamento

(b) A preencher no verso do formulário para cada um dos médicos. A quantidade a indicar deverá totalizar a soma dos pedidos por profissional.

(c) A preencher no verso do formulário para cada local de prescrição. A quantidade a indicar deverá totalizar a soma dos pedidos por local de prescrição.

Declaro que autorizo o (a) Sr(a), _____ portador(a) do C.C./B.I. nº _____, a levantar o material acima referido. (Obrigatório apresentar documento de identificação).

Identificação legível e carimbo da entidade requisitante _____ Data: _____

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA ARSA

Foi pago na Tesouraria da ARSA o valor de _____ referente ao material acima identificado, através de Cheque/Numerário/Transferência Bancária (riscar o que não interessa).

A Tesoureira, _____

Data: _____

Nr. Recibo: _____

ENTREGUE A QUANTIDADE SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO		RECEBIDO A QUANTIDADE (QUEM PROCEDE AO LEVANTAMENTO)	
DATA	NOME E CARIMBO	DATA	ASSINATURA LEGÍVEL

