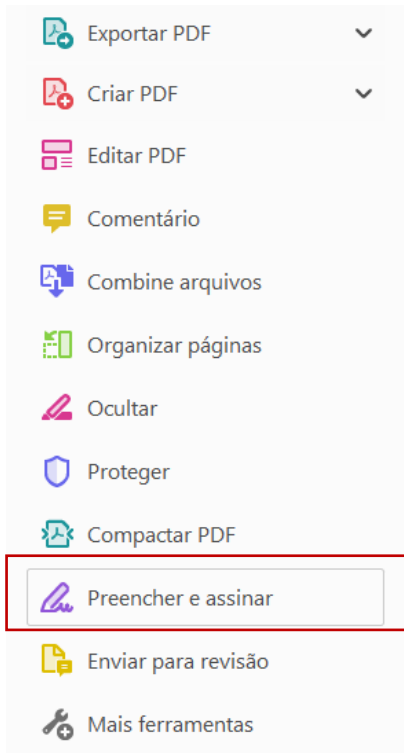


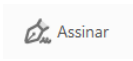
Para preencher no Computador:

Para digitar o formulário e assinar será necessário fazer o download do arquivo para o computador e abri-lo com o Adobe Acrobat Reader.

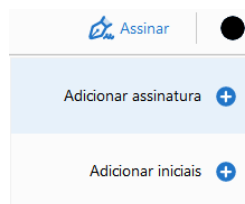
Link para baixar o Adobe Acrobat Reader <https://get.adobe.com/br/reader/>

Com o formulário aberto clicar em preencher e assinar disponível no menu ao lado direito do Acrobat

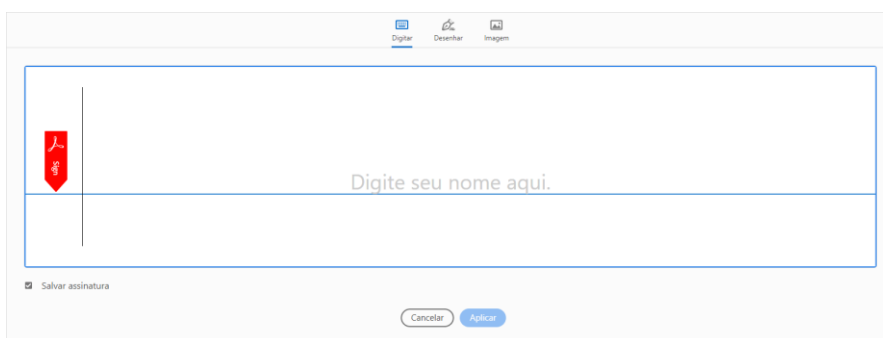


Após preencher o formulário clicar no botão  que aparecerá na parte central superior do aplicativo.

Clicar em Adicionar assinatura.



Nesse passo deverá ser criada a assinatura do médico. Aqui pode ser inserida uma assinatura digitalizada previamente ou desenhar a assinatura com o mouse e mandar aplicar ao formulário.



Depois de aplicar, posicionar a assinatura no campo disponível no formulário.

Para preencher no Celular

Para digitar o formulário e assinar no celular será necessário fazer o download do arquivo para o celular e abri-lo com o Adobe Acrobat Reader.

Link para baixar o Adobe Acrobat Reader

https://play.google.com/store/apps/details?id=com.adobe.reader&hl=pt_BR

<https://apps.apple.com/br/app/adobe-acrobat-reader-ler-pdf/id469337564>

Clicar na lápis

Formulário Excepcional e Temporário de Solicitação de Medicamentos - Estrangeiro

Nome Completo do Solicitante

Nome Social

Nome da Mãe

Data de Nascimento / País de Origem

Número de Identidade

Endereço completo no país de origem

Medicamentos solicitados

23 - Preencher

Selecionar a opção *Preencher e assinar*.

Formulário Excepcional e Temporário de Solicitação de Medicamentos - Estrangeiro

Nome Completo do Solicitante

Nome Social

Nome da Mãe

Data de Nascimento / País de Origem

Número de Identidade

Endereço completo no país de origem

Medicamentos solicitados

23 - Preencher

Comentário

Preencher e assinar

Editar PDF

Organizar páginas

Depois de preencher os dados do paciente clicar na

Formulário Excepcional e Temporário de Solicitação de Medicamentos - Estrangeiro

Nome Completo do Solicitante

Nome Social

Nome da Mãe

Data de Nascimento / País de Origem

Número de Identidade

Endereço completo no país de origem

Medicamentos solicitados

23 - Preencher

Selecionar *Criar assinatura*

Formulário Excepcional e Temporário de Solicitação de Medicamentos - Estrangeiro

Nome Completo do Solicitante

Nome Social

Nome da Mãe

Data de Nascimento / País de Origem

Número de Identidade

Endereço completo no país de origem

Medicamentos solicitados

23 - Preencher

Criar assinatura

Criar iniciais

Nessa opção poderá ser desenhada a assinatura na tela do celular ou inserir uma assinatura anteriormente digitalizada. Clicar em concluído quando finalizar.

CANCELAR

Desenhar

Imagem

Câmera

Concluído

Assine aqui

Salvar online

Após concluir, posicionar a assinatura no campo disponível no formulário.