

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF:	NÚMERO:
-----	---------

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacéutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

_____ de _____ de _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Assinatura do Emissor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR
Nome do Vendedor _____ Data ____/____/____

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

Numeração desta Impressão: de _____ a _____