

# NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

NÚMERO

# A

DATA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:  
\_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO PROFISSIONAL +  
INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF

**OU**

NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES +  
ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONE:

## PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO:

CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

QUANTIDADE:

POSOLOGIA:

\*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO

\*DATA DE IMPRESSÃO DESTE RECEITUÁRIO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ (recomendável)