

# NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B

N.º

ELETRÔNICA

## EMITENTE

NOME DO PRESCRITOR:

INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL / UF:

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONE:

## PACIENTE

NOME:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

ENDEREÇO COMPLETO:

## PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA:

CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

QUANTIDADE:

POSOLOGIA:

IDENTIFICAÇÃO DA PLATAFORMA

REGISTRO DA ASSINATURA DIGITAL E DATA

VALIDE ESSA ASSINATURA EM [validar.itl.gov.br](https://validar.itl.gov.br)

ESTA PRESCRIÇÃO PODE SER VERIFICADA EM:

VERIFIQUE A NUMERAÇÃO E REGISTRE A UTILIZAÇÃO DESTA PRESCRIÇÃO EM [sncr.anvisa.gov.br](https://sncr.anvisa.gov.br)

