

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

NÚMERO

A

DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR

PACIENTE: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:
_____**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF

OU

NOME DA INSTITUIÇÃO + CNPJ ou CNES +
ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE**PRESCRIÇÃO**

NOME DO MEDICAMENTO:

CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

QUANTIDADE:

POSOLOGIA:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONE:

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO