

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

NÚMERO

B

DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR

PACIENTE: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	PRESCRIÇÃO
NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CNPJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE	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