

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:

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO

*DATA DE IMPRESSÃO DESTE RECEITUÁRIO: ____ / ____ / ____ (recomendável)

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO:

CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

QUANTIDADE:

POSOLOGIA: