

| | | | |
|--|--------|--|----------------------------|
| Notificação de receita | | Identificação do emitente | Especialidade farmacêutica |
| UF | Número | Nome: _____ | |
| Data, ____ de ____ de ____ | | Qualidade e Apresentação | |
| | | Form. Farm. Concent/Unid. Posologia | |
| | | Paciente _____ | |
| | | Endereço _____ | |
| Assinatura do Emitente | | | |
| Identificação do comprador | | Identificação do fornecedor | |
| Nome: _____ | | Nome _____ | |
| Endereço: _____ | | ____ / ____ / ____ Data | |
| Identidade Nº _____ Órgão emissor: _____ Tel.: _____ | | | |
| Dados da Gráfica Nome – Endereço completo – CGC | | | |

| | | | |
|--|--------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Notificação de receita | | Identificação do emitente | Medicamento ou substância |
| UF | Número | Nome _____ | |
| ____ de ____ de ____ | | Paciente _____ | Quantidade e forma farmacêutica |
| | | Endereço _____ | Dose por unidade posológica |
| | | | Posologia |
| Assinatura do Emitente | | | |
| Identificação do comprador | | Carimbo do fornecedor | |
| Nome: _____ | | Nome do vendedor _____ / _____ / Data | |
| Endereço: _____ | | | |
| Identidade Nº _____ Órgão emissor: _____ Tel.: _____ | | | |
| Dados da Gráfica Nome – Endereço completo – CGC | | | |
| Número desta impressão de ____ a ____ | | | |

