

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

Dados da Gráfica Nome – Endereço completo – CGC

Notificação de receita UF _____ Número _____ ____ de ____ de ____		Identificação do emitente _____ _____ _____	Medicamento ou substância _____ Quantidade e forma farmacêutica _____ Dose por unidade posológica _____ Posologia _____
Assinatura do Emitente _____		Paciente _____ Endereço _____	
Identificação do comprador Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº _____ Órgão emissor: _____ Tel.: _____		Carimbo do fornecedor _____ Nome do vendedor _____ Data ____/____/____	

Dados da Gráfica Nome – Endereço completo – CGC

Número desta impressão de ____ a ____

UF (Estado) SP	Notificação de receita Série ... UF SP Numeração 04 125001 ____/____/____ Assinatura – CR Identificação do comprador Nome do comprador _____ Endereço _____ Telefone _____ Identidade nº _____ Órgão Expedidor _____	Dados impressos Nome e endereço do médico e sua inscrição no Conselho Regional Nome e endereço da clínica Clínica de _____ Dr: _____ CRO SP _____ Rua _____ São Paulo – Fone (011) XXX _____ Nome paciente YYYYYY Endereço – R. _____ São Paulo/SP _____	Medicamento ou substância Quantidade Forma farmacêutica Concentração e posologia Quantidade e forma farmacêutica 03 (três) cx comprimidos Dose por unidade posológica Comp 10 mg Posologia 1 g / 8 horas
-------------------	--	--	---

Numeração concedida pela Anvisa

Dados do comprador (preenchidos pela farmácia)

Nome e endereço completos do paciente

Preenchimento pela farmácia ou drogaria

Dados da gráfica CNPJ e endereço