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:

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO:

CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

QUANTIDADE:

POSOLOGIA:

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO

**DATA DE IMPRESSÃO DESTE RECEITUÁRIO: ___ / ___ / _____ (recomendável)*