

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF

NÚMERO

B2

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLÓGICA

Paciente: _____

Endereço: _____

_____ de _____ de _____

Assinatura do Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade nº.: _____ Órgão Expedidor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor: _____

Data: _____