

ANEXO V
Notificação de Receita B2

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NÚMERO

B2

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

____ de ____ de ____

Paciente: _____

Endereço: _____

Assinatura do Emissor _____

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____

Dados da Gráfica: Nome, Endereço, CNPJ, Nº do credenciamento

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data

Numeração Impressa: De a - Série: