

|                            |            |
|----------------------------|------------|
| Série V                    |            |
| UF/SP                      | NÚMERO     |
| B                          | 17.903.561 |
| Cód                        | 3548005    |
| DATA: ____/____/____       |            |
| NOME _____                 |            |
| _____                      |            |
| MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA: |            |
| _____                      |            |
| _____                      |            |
| _____                      |            |

## NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

|         |            |
|---------|------------|
| Série V |            |
| UF/SP   | NÚMERO     |
|         | 17.903.561 |
| Cód.    | 3548005    |

De \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Emitente \_\_\_\_\_

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR |                      |
| Nome: _____                |                      |
| Endereço: _____            |                      |
| Fone: _____                |                      |
| Ident. N°: _____           | Orgão Emissor: _____ |

B

|   |
|---|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE   |
| <b>Unidade Integrada de Saúde</b>   |
| Rua Joaquim de Barros Aranha, 112 - Cep 13.830-140<br>Tel. (19) 3896.2737 - Santo Antônio de Posse - SP |

Paciente \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

|  |
|--|
| Medicamento ou Substância                      |
| Quantidade e Forma Farmacêutica                |
| Dose por Unidade Posológica                    |
| Posologia                                      |
| IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR                    |
| Ass. do Farmacêutico _____ Data ____/____/____ |