ANEXO XV

MODELO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B"

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA

UF NÚMERO

B

_____de_____de_____

_____

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Paciente:_____

_____

Endereço:_____

_____

Medicamento ou Substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:_____

Endereço:_____

Telefone:_____

Identidade No._____Órgão Emissor:_____

CARIMBO DO FORNECEDOR

_____ _____/____/_____

Nome do Vendedor Data

Dados da Gráfica: Nome, Endereço, CNPJ, Nº do Credenciamento Número/Ano da Autorização VISA/DF: _____ Numeração Impressa: De _____ à _____ - Série: _____

Formato: 85 x 180 mm