

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	
RS	19ª DRS
	MUNICÍPIO: BOM PROGRESSO - RS
248301	

**B2**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
19ª DRS	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
	BOM PROGRESSO - RS

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA
DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA
POSOLOGIA

DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

PACIENTE - NOME \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO EMITENTE \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
NOME _____	
ENDEREÇO _____	
TELEFONE _____	
IDENTIDADE N.º _____	ÓRGÃO EMISSOR _____

CARIMBO DO FORNECEDOR	
NOME DO VENDEDOR _____	DATA ____/____/____