

ANEXO IX

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA
UF _____ NÚMERO _____		Nome: _____
A		Quantidade e Apresentação
Data ____ de ____ de ____		Forma Farm. Concent. /Unid. Posologia
	Paciente _____	
	Assinatura do Emitente _____	
	Endereço _____	
	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
	Nome: _____	
	Endereço: _____	Nome
	Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____	____/____/____
		Data
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		