



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NÚMERO
RJ	DE

B

DATA: _____ / _____ / 20____

PACIENTE:_____

ASSINATURA/CARIMBO

CÓD: 174

FORM 174.indd 1



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NÚMERO
RJ	DE

B

_____DE _____DE_____

ACCIUNATURA DO EMITENTE

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		
NOME: _____		
ENDEREÇO: _____		
IDENTIDADE Nº: _____	ÓRGÃO EMISSOR: _____	TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL MUNICIPAL CONDE MODESTO LEAL

RUA DOMÍCIO DA GAMA, 433 - CENTRO - MARICÁ - RJ - CEP: 24900-000

CNPJ: 29.131.075/0009-40 • TEL.: (21)2637-1713

CRM - RJ 52.9805-6 - ESPECIALIDADE:

PACIENTE: _____

ENDERECO: _____

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

CARIMBO DO FORNECEDOR	
<div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 50px; display: flex; justify-content: space-between;"> NOME DO VENDEDOR DATA </div>	



06/10/2016 12:51:18