

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B**Série H**

UF - S.P.

NUMERO

26911401

DE

DE

PACIENTE

MEDICAMENTO

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**Série H**

UF - S.P.

NUMERO

26911401

DE

DE

PACIENTE

ASSINATURA DO EMITENTE

ENDEREÇO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME

ENDEREÇO

IDENT. Nº

ÓRGÃO EMISSOR

Pinhal Print Gráfica Editora Ltda. EPP - R. Marquês do Herval, 495 - Fone (19) 3651-1334 - E. S. do Pinhal - C.N.P.J. 01.570.804/0001-99 - I.E. 530.023/190-112

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**CNPJ: 45.739.083/0001-73**

Tel: (19) 3651-3024 / 3651-1046

Praça Moreira César, S/Nº - Centro
Espírito Santo do Pinhal - SP - CEP: 13990-000

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDOR

DATA

10/2017 75 B 50x1 - 26 999 001 - 26 913 730