

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	
UF SC	NÚMERO 2410.142.0540878
A	
Data: <u>02</u> de <u>02</u> de <u>26</u>	Paciente: <u>ELZA NOAL CASAGRANDE</u>
Endereço: <u>Sou. da rotua de sã, 36</u>	
Assinatura do Emitente	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
08 935 681/0001-91	
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	
Av. Henrique da Silva Fontes, 6100	
3239-1507 / 3239-1540	
TRINDADE - CEP 88036 - 700	
FLORIANÓPOLIS - SC	
ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA	
Nome: <u>CHARIS MEDINA - TBC 12</u>	
PCDB <u>12</u> + TCM + VITE 4F	
Quantidade e Apresentação	
<u>Por 10 xds 8/8hrs</u>	
Fórm. Fant. Concentr. Unid. Posologia	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Endereço: _____	
Identidade nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome _____	
Data _____	

GRÁFICA ALTA DEFINIÇÃO LTDA. (41) 3019-3507 - Rua Terra Rica, 42 - São José dos Pinhais - PR - CNPJ 13.919.051/0001-63-37.500 Bts. 20x1 - Numeração 2410.142.0000041 a 2410.142.0750040