

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NÚMERO
SC	24.185462.28.248

B

19 de 08 de 24

Dra. Melina Moré Bertotti
Neurocirurgiã
CRM SC 15866 RQE 12494

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS DE TRABALHO MÉDICO

Hospital Unimed

Rua: Manoel Loureiro, 1909 Barreiros CEP: 88117-330 São José/SC
CNPJ 77.858.611/0014-14 Telefone: 3288-4100

Paciente:

Roberto Francisco
Derheimer

Endereço:

Av dos Descobridores
636, Jurema Internacional

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

medbaur
Fullspectrum
1500 mg, CDB/30ml

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

01 fr

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

1500 mg CDB/
30 ml

POSOLÓGIA

2gts 2x dia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Identidade Nº.: _____ Órgão Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

/ /
Data