

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: SC Nº: 2510.2-42.0092554

B

2 de 7 de 26

Lucas Furlan Braga
Médico de Família e
Comunidade
Rég. SC 30.653

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av Prof. Henrique da Silva Fontes, 6.100 - Trindade
CEP 88036-700 - Florianópolis/SC
Fone: (48)3239-1500
CNPJ: 08.935.681/0001-91

Paciente: NILVA DA COSTA

Endereço: Secc. Loeys DO ORARA

Medicamento ou Substância

oleo CBD Full Spectrum

Quantidade e Forma Farmacêutica

30 mL

Dose por Unidade Posológica

1.200 mg

Posologia

5 gotas, 5x, noite

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Cidade N°: _____ Órgão Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data