

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NÚMERO
BA	1125357

Data 22 de 01 de 26

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr. Geovane Porto Massa Viana
 Rm 26.15
 FUNDAÇÃO DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA
 Rua ... 10
 CEP 08.000-115

Paciente

MARIA MAZARÉ
COELHO

Assinatura do Emissor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Endereço:

Identidade Nº:

Órgão Emissor:

Telefone:

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA

Nome:

Extrato Salina
03011, 71479. Citrus

Quantidade e Apresentação

Forma Farm. Concent. /Unid. Posologia

02 Xilatos
5975 2 X

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome

Data