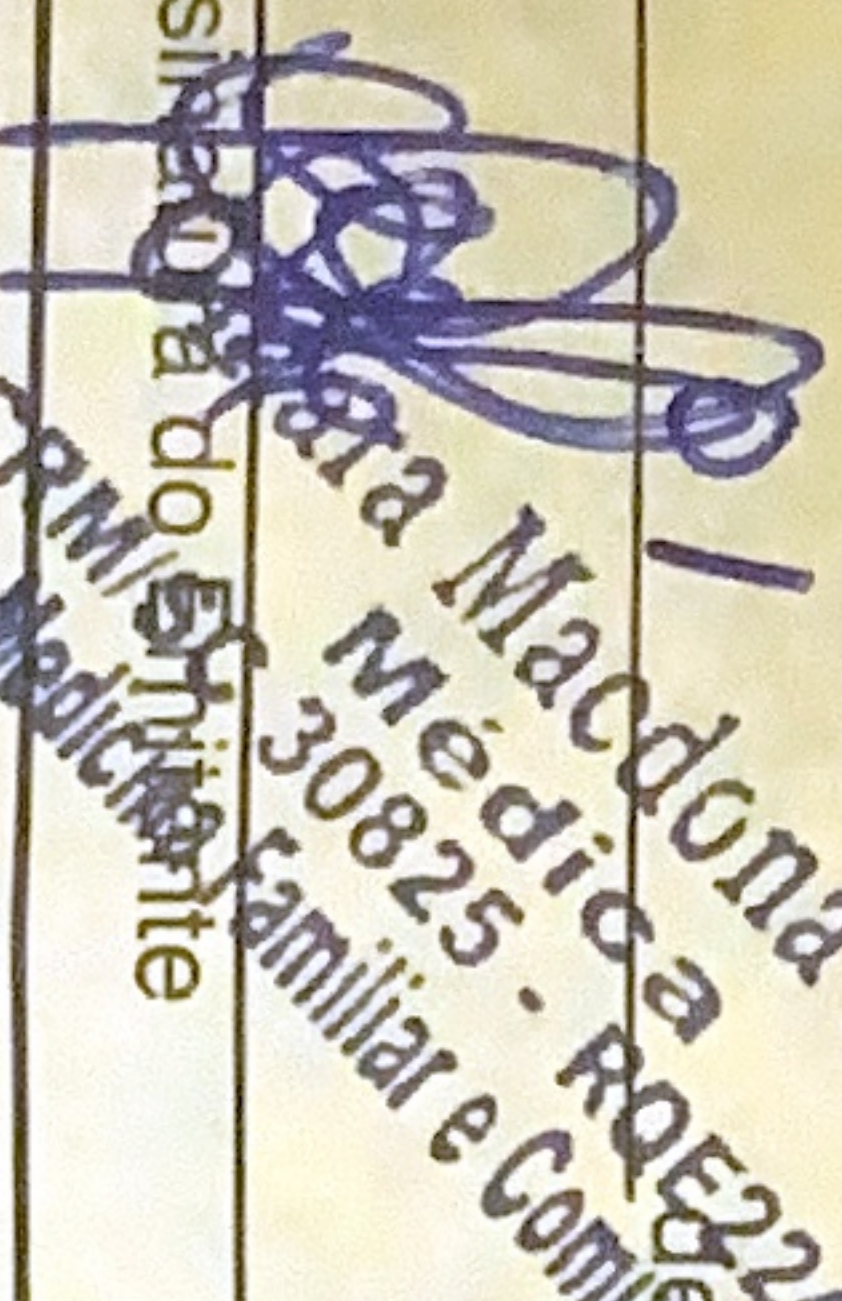


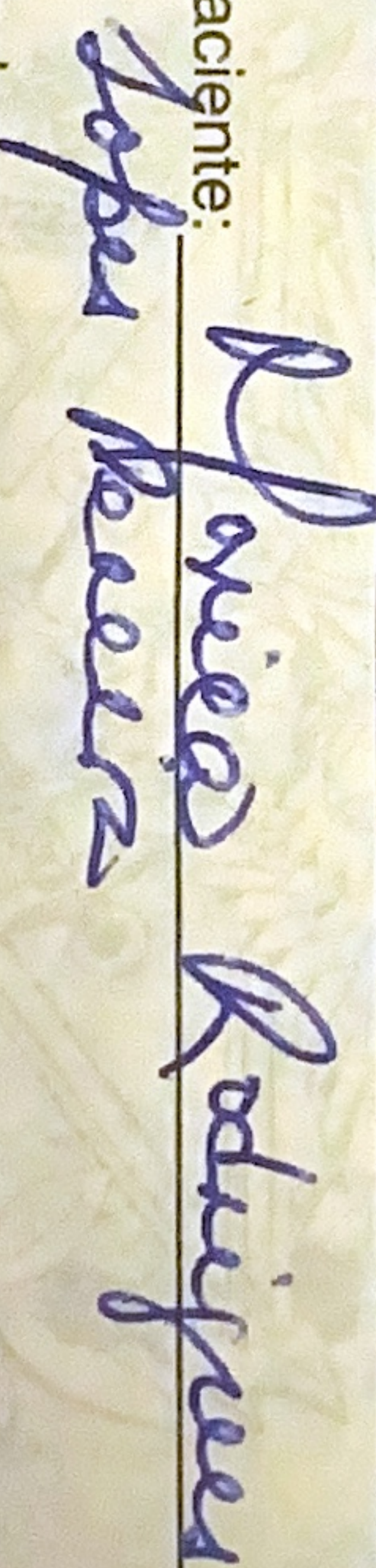
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NUMERO
SC	2410.1-42. 0123109

A

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CNPJ-06.231.312/0001-92 Rua Nereu Ramos, 87, Magalhães Laguna/SC CEP 88.790-000

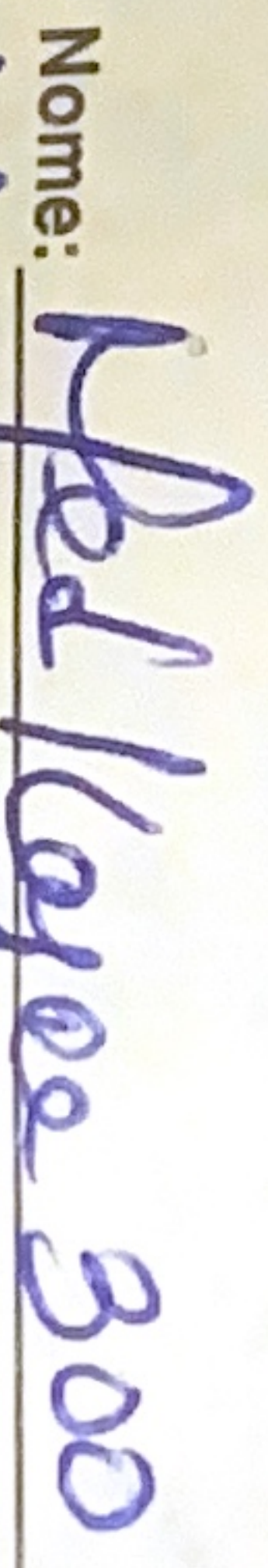
Data: 21 de 01/2025
Assinatura do Emissor: 
CRM/SC 30825 - RQE22498
Esp. Medicina Familiar e Comunitária

Paciente: 
Endereço: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:	_____
Endereço:	_____
Identidade nº:	_____
Órgão Emissor:	_____
Telefone:	_____

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA

Nome:	
Quantidade e Apresentação	100 caps 300mg 2/100 caps
Fórm. Farm. Concentr./Unid. Posologia	100 caps / dia

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome	_____
Data	____/____/____