

# NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

|        |    |
|--------|----|
| UF     | Nº |
| RJ     | GG |
| 705858 |    |

B

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE                                |
| ALEXANDRA DE SOUSA                                       |
| CRM: 52-0121716-0                                        |
| Rua Saveiro Jose Bruno, 84 - Aero clube - Nova Iguaçu/RJ |

|                                 |
|---------------------------------|
| Medicamento ou Substância       |
| Mefkayon CBd                    |
| Quantidade e Forma Farmacêutica |
| 04 frascos                      |

05 de 11 de 2025

Paciente: Mariana da Cunha de

Endereço:

|                             |
|-----------------------------|
| Dose por Unidade Posológica |
| 1500 mg full Spectrum       |
| Posologia                   |
| 10 gotas 3x ao dia          |

Assinatura do Emissor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome:

Endereço:

Ident. Nº

Órgão Emissor:

Telefone:

Nome do Vendedor

Data

GRÁFICA UP - Av. dos Alpes, Nº 27 - Alecrim - Japeri / RJ - Tel.: (21) 99277-3721 - CNPJ: 25.968.632/0001-74

Nº da autorização VISA/CREMERJ Nº B - 6290162607 - Data da Emissão: 27/07/2023.

5 Blocos de 50x1 Via - Numerada: GG705837 a GG705086.