

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: **PB-10** NUMERO: **10986991 B**

Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras-PB
CNPJ: 05.325.381/0001-00
Rua Gregório Bezerra, S/N, Jardim Adalgiza
Cajazeiras-PB - CEP: 58900-000

DATA: **10** DE **07** DE 20**25**

Dr Samuel Estrela
Médico
CRM-PB: **17353**

Paciente: **Alice Souza Vieira**

Endereço: **Cajazeiras - PB**

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Identidade: _____ Órgão Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDOR

RUA

Medicamento ou Substância
2.500 mg de Esga Full Spectrum 50. 45A

Quantidade e Forma Farmacológica

04 pc

Dose por unidade posológica

1 500 mg

Posologia

15 gotas / quilo, 15 gotas / hora, 20 gotas à noite