

8ª. R.S.
Município: Capanema - PR

Nº08 22703

Paciente - Nome

Medicamento ou Substância

Quant. Apresentação / Conc.

Data ____/____/____

Notificação de Receita

UF **PR** Número **8ª. R.S. Nº08 22703**
Município: Capanema - PR

B

Identificação do Emitente
Fundo Municipal de Saúde de Capanema
CNPJ 09.157.931/0001-72
Rua Aimorés, 681
85760-000 - Capanema - PR

Medicamento ou Substância

Quant. e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

____ de ____ de ____ Paciente _____

____ Endereço _____

Assinatura do Emitente

Identificação do Comprador
Nome:.....
Endereço:.....
Telefone:.....
Identidade Nº.....Órg. Emissor.....

Carimbo do Fornecedor

Nome do Vendedor _____ Data ____/____/____

Válida Somente no Estado do Paraná