

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA
NÚMERO

MG

22969868

B

_____ de _____ de 20____

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Secretaria Municipal de Saúde de
MONTE SANTO DE MINAS**
Prefeitura Municipal

Rua Cel. Francisco Paulino da Costa, 205 - Centro
CNPJ 18.241.372/0001-75

Paciente _____

Endereço _____

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

POSOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Ident. Nº _____

Órgão Emissor _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Assinatura do Vendedor

Data

Gráfica Alvorada - Antônio Carlos David - Rua Francisco Pereira Borges, 254 - Arceburgo - MG - CNPJ 23.877.723/0001-79 - Inscr. Est. 041.581.489.0030
Autorização VISA N. 02/2024 - em 18/03/2024 numerada de 22969101 a 22974100