


NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF _____ NÚMERO _____
SP **2601.2-35.0279786** **B**
Campinas

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE


ECAMPINAS SERVIÇO MÉDICO LTDA.
CNPJ: 46.853.159/0001-50

Rua Frei Manoel da Ressurreição, 1.488 - Sala 65 - Jd. Brasil
Campinas - SP - CEP: 13073-027 - Fone: 19 3326-2561

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
Nabix

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA
3F

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA
1500 / 10000

POSOLOGIA
10 gotas a noite

Data 09 de 03 de 26

Dr. William Melandi de Lima
CRM: 72204
Saúde Mental / Psiquiatria

Paciente Barbara Pavani
Falasqui

Endereço R. Osvaldo Darci
28 - Campinas - SP

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade nº _____ Órgão Emissor _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor _____

Data / /