

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

PR	_____ R.S.
	Município: _____ <b>428318</b>

**"B1"**

Identificação do Emitente

**DR. GABRIEL ANDRE SILVERIO**

CRM 43288  
CPF 102.964.219-28  
Rua Azevedo Portugal, 1146 - Centro  
CEP 85010-200 - Guarapuava - PR  
CNPJ 54.011.535/0001-97

Medicamento ou Substância

*Carbidopa  
FARMAVISA  
100 mg/ml*

Quantidade e Apresentação

*20 frascos*

Forma Farm./Conc. p/ unid. Posol.

*2,5 ml  
q 2 / 2 hora*

*24* de *maio* de *25*

Paciente - Nome *Lucas Spinhora*  
*Bin*

Endereço *Rua Cometa Brasil*  
*nº 287*

Dr. Gabriel A. Silvério  
Neurologista  
CRM-PR 43288 / RQE 34258

Assinatura e Carimbo do Profissional

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident. Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Identificação do Fornecedor

Nome \_\_\_\_\_ Data   /  /