

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

| | |
|----|---------------------|
| UF | 2ª RS CURITIBA |
| PR | Nº BB 921325 |

B

| |
|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE |
| PATRICIA BIGOLIN CIRURGIA PLÁSTICA E ESTÉTICA LTDA. |
| CNPJ: 24.533.537/0001-85 |
| Av. Visconde de Guarapuava, 4628 |
| Consultório 514, 5ª andar |
| CEP 80240-010 - Batel - Curitiba - PR |
| Fone: (41) 2170-0575 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| Medicamento ou Substância | Jarma USA night |
| Quantidade e Forma Farmacêutica | 3 frascos |
| Dose por Unidade Posológica | extrato Canabidiol 100mg |
| Posologia | 5gotas 2x dia |

23 de Outubro de 25
 Patriccia Bigolin
 Cirurgia Plástica
 CRM 28197

Paciente Hanna
 Haysan Dehaine
 Endereço _____

ASSINATURA DO EMITENTE

| |
|---|
| Identificação do Comprador |
| Nome _____ |
| Endereço _____ |
| Telefone _____ |
| Identidade nº _____ Órgão Emissor _____ |

| |
|--|
| Carimbo do Fornecedor |
| NOME DO VENDEDOR _____ DATA ____/____/____ |

VÁLIDA SOMENTE NO ESTADO DO PARANÁ

Sete Dígito Editora Gráfica Ltda. Rod. Curitiba - Ponta Grossa BR-277, 1769 - Fone 3297-3005 - CEP 82305-100 - Curitiba - PR.
 CNPJ 29.973.561/0001-20. Notificação de Receita B de BB 921251 à BB 922250.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

| | |
|----|---------------------|
| UF | 2ª RS CURITIBA |
| PR | Nº BB 921421 |

B

| |
|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE |
| PATRICIA BIGOLIN CIRURGIA PLÁSTICA E ESTÉTICA LTDA. |
| CNPJ: 24.533.537/0001-85 |
| Av. Visconde de Guarapuava, 4628 |
| Consultório 514, 5ª andar |
| CEP 80240-010 - Batel - Curitiba - PR |
| Fone: (41) 2170-0575 |

| | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Medicamento ou Substância | Jarma USA Day |
| Quantidade e Forma Farmacêutica | 3 frascos |
| Dose por Unidade Posológica | extrato de Canabidiol 200mg |
| Posologia | 5gotas 2x dia |

21 de Janeiro de 26
 Patriccia Bigolin
 Cirurgia Plástica
 CRM 28197

Paciente Hanna
 Haysan Dehaine
 Endereço _____

ASSINATURA DO EMITENTE

| |
|---|
| Identificação do Comprador |
| Nome _____ |
| Endereço _____ |
| Telefone _____ |
| Identidade nº _____ Órgão Emissor _____ |

| |
|--|
| Carimbo do Fornecedor |
| NOME DO VENDEDOR _____ DATA ____/____/____ |

VÁLIDA SOMENTE NO ESTADO DO PARANÁ