

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Pró SAÚDE - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

Rua Rubens Siqueira Maia, 2.030 - Santa Terezinha
Cep.: 35.170-480 - Coronel. Fabriciano / MG
C.N.P.J: 24.232.886/0185-38

UF **23** NÚMERO **358193**

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

*Comaludial
Forma VSA*

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

2 frascos

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

200 mg/ml

POSOLOGIA

*0,25 ml manhã
0,25 ml noite*

27 DE *03* DE *2026* PACIENTE: *Marelo do Carmo Filho*

Dr. Ricardo Paes Leme de Barros
CONTRATO Nº 16033
8256840

ASSINATURA DO EMITENTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____
ENDEREÇO: _____
TELEFONE: _____
IDENTIDADE Nº: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDOR _____

DATA: ____/____/____