

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NÚMERO
SP	07- 181944
Santo André	
Série "D"	

**B**

27 de novembro 2025

Dr. Renato Cavaliquino Lima  
Médico

CRM 154963

Assinatura do Emissor

**IDENTIFICAÇÃO EMITENTE**

**Gladys Arnez Clínica Médica**  
Neurocenterkids  
CNPJ: 35.805.527/0001-78

Rua das Figueiras, 2135 - Campestre - 09080-370  
Santo André - SP Fone: (11) 4991-1825

Paciente: Henrique Yorhio Filho  
10 anos

Endereço: Rua Agostinho Rodrigues  
Monque 18

Medicamento ou Substância	<u>CANASIDOL</u> <u>FARMUTIVA</u>
Quantidade e Forma Farmacéutica	<u>02 Frascos</u>
Dose por Unidade Posológica	<u>200mg/ml</u>
Posologia	<u>5 gotas 12/12h</u>

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Identidade Nº \_\_\_\_\_

Órgão Emissor \_\_\_\_\_

**CARIMBO DO FORNECEDOR**

Nome do Vendedor \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_