

**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

|    |     |        |       |
|----|-----|--------|-------|
| UF | GVS | NÚMERO | SÉRIE |
| SP | 208 | 862845 | E     |

**B**

| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  |
|--|
| <b>UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE SALTINHO</b><br>Prefeitura do Município de Saltinho - Estado de São Paulo<br>CNPJ: 66.831.959/0001-87 |
| Rua Todos os Santos, 1030 - Saltinho - SP - CEP 13.440-000<br>FONE: (19) 3439.7710   |

| MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA           |
|-------------------------------------|
| <i>Conalidol FARMAUSA</i>           |
| QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA     |
| <i>200mg/ml</i>                     |
| DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA         |
| <i>2 frascos</i>                    |
| POSOLOGIA                           |
| <i>0,15 ml 6do e 0,1 ml à noite</i> |

Data 31 / 3 / 26 Paciente: João Lucas Sales Chequeto

**Eduardo Vachansky**  
 Médico  
 CRM/SP 190018

Carimbo Médico / Assinatura do Emitente \_\_\_\_\_ End.: \_\_\_\_\_

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR |                        |
|----------------------------|------------------------|
| Nome: _____                |                        |
| Endereço: _____            |                        |
| CEP: _____                 | Telefone: _____        |
| Identidade: _____          | Data da Emissão: _____ |
|                            | Orgão Emissor: _____   |

| CARIMBO DO FORNECEDOR  |                        |
|------------------------|------------------------|
| Nome do Vendedor _____ | Data _____/_____/_____ |