

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF **MG** NÚMERO **849612**

B

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Instituto de Neurologia de M. Claros Ltda.
Endereço: Rua Santa Maria, 73 - Centro
Fone: (38)3221-2268
CRM/CRMV/CRO: 5202

Medicamento ou Substância

Caralidol Farmex
usa 200mg/ml

Quantidade e Forma Farmacêutica

06 Frascos

Dose por Unidade Posológica

200mg/ml

Posologia

2,5 mL ∞
duo

18 de 02 de 2018

Paciente: Luiz Inacio Ambrósio
de Juba

Endereço: _____

Assinatura do Emitente
CRM MG 5202
CONTROLE 0294888

Assinatura do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Identidade Nº _____ Órgão Emissor _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do vendedor _____

Data ____/____/____