UF SC

Nº 24 106050 05ª 292

_____ DE _____ DE _____

PACIENTE _____

_____

_____

ENDEREÇO _____

_____

_____

MEDICAMENTO _____

_____

_____

# NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

| UF | |
|---|---|
| SC | Nº 24 106050 05ª 292 |

B

_____ DE _____ DE _____

_____
ASSINATURA DO EMITENTE

| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE |
|---|
| **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE XAXIM** |
| CNPJ: 11.323.985/0001-02 |
| Rua Cândido Teston, 120, Bairro Frei Bruno , Xaxim/SC |

PACIENTE _____

_____

ENDEREÇO _____

_____

| MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA |
|---|
| |
| QUANTIDADE E FORMA FARMACEUTICA |
| |
| DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA |
| |
| POSOLOGIA |
| |

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR |
|---|
| NOME _____ |
| ENDEREÇO _____ |
| TELEFONE _____ |
| IDENTIDADE Nº _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ |

| CARIMBO DO FORNECEDOR |
|---|
| |
| NOME DO VENDEDOR _____ DATA ___/___/___ |

ARLETE SALETE ZANCANARO TISSIANI ME Fone (49) 3353-1413 - Rua Sto. Honório Savaris, 122, Centro - Xaxim - SC.- Inscr. Est.257.439.633 - CNPJ 20.923.061/0001-38
INSCR. MUNICIPAL 4659 - 60 Blocos 50x1 **Nº 24.105.274.05ª.292 a 24.108.273.05ª.292** Aut. VISA 14/2017- 18/07/2017.