

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA  
AUT. VISA Nº 135/2019

UF	NÚMERO
<b>MG</b> 30	Nº 826012

**B**  
**1**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
<b>CAPSI -ANA LÚCIA SANTOS FAGUNDES</b>
<i>Giulliano Ramos de Sá</i>
CRM-MG 35.082 - Psiquiatra-RQE 41850
Rua José Antunes Cordeiro, S/Nº - São Geraldo - São João da Ponte - MG

INDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA
---------------------------

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA
---------------------------------

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA
-----------------------------

POSOLOGIA
-----------

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura do Emitente \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Identidade Nº: _____ Órg. Emissor: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR
Nome do Vendedor _____ Data ____/____/____