

RECEITA MÉDICA

Emitente: Dr. ALEJANDRO ENRIQUE BARBA RODAS. **CRM/SP Nº:** 103389
Endereço: Rua Oduvaldo Viana nº 92. **Bairro:** Vila Branca **CEP nº :**12301-610
Município: Jacareí **UF:** São Paulo **Telefone:** (12) 981588085

Paciente: RENATA MAGALHÃES VIEIRA GOMES

Endereço: Rua Londrina,1.045 – Bosque dos Ypês – São José dos Campos/SP.

Uso Interno

1. HIDROXICLOROQUINA 400 MG

1 COMP. - 12/12 VO 1º dia.

1 COMP..... POR DIA (VO) 2º dia até 5º dia

#2 caixas

Data da emissão: 10/09/2020.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
R.G.: _____ Emissor: _____	
End.: _____	

Município: _____ UF: _____	
Telefone: (____) _____	Ass. do Farmacêutico – Data: ____ / ____ / ____