SUS

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 18.449.132/0001-60
Rua Bias Fortes, 136 - Fone: 3423-2621 / 3423-2622
CEP: 38.2000-052 - Frutal/MG

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Data 28/02/2023

Fernanda Carolina R. D. Tomaz
Psiquiatria
57567-MG

ASSINATURA E CARIMBO

USF Carlos Alberto Vieira CNES: 6342833

Paciente: Adriano M. Rubio

Endereço: Nº

Prescrição: Escitalopram-20 [illegible] [illegible] [illegible]

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	
Ident.:	Órg. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO Data: ___/___/201__

MOD. 033 - É proibido utilizar como rascunho

ASSINADO DIGITALMENTE
INES MENDES DE CASTRO
A conformidade com a assinatura pode ser verificada em:
http://serpro.gov.br/assinador-digital
SERPRO