



Ministério da Saúde

Nome: Maria Casimiro Calado Ruivo**Telefone:** 227532490 **R.E.C.M****Entidade Responsável:** SNS**Nº de contribuinte:****MÉDICO**

Dr. Pedro Silvestre

Especialidade: Medicina geral e Familiar

Designação do medicamento	Nº	Extenso	Identificação Óptica
1. Paracetemol	1	UM	0 27069 70158 7
2. Brufen	1	UM	0 27035 24076 0
3. Victom	1	UM	0 36000 29145 2
4. Heparinocle Trombocial (gel)	1	UM	0 87295 15110 5
5. Heparinocle Hirodoid (gel)	1	UM	0 19069 69198 2
Assinatura do Médico prescriptor: _____ Data: 24/04/2010 Validade: 6 MESES	Autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico Assinatura do médico prescriptor: _____ Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico Assinatura do médico prescriptor: _____		