**RECEITUÁRIO**

Para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uso interno

1 (um) frasco de Floral

MATÉRIA PRIMA                       Qtd. Dig UN

MIMULUS                                       3,0000 GT

OLIVE                                                   3,0000 GT

PINE                                                   3,0000 GT

IMPATIENS                                       3,0000 GT

CHESTNUT BUD                           3,0000 GT

BEECH                                                   3,0000 GT

ÁGUA DESTILADA OU FILTRADA 30,0000 GT

Tomar 4 gotas sublinguais de 4 a 6 vezes ao dia.

Cidade, XX de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de XXXX

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome dentista / CRO