**RECEITUÁRIO**

Para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uso Interno

Scaflan granulado 1 caixa

Tomar 1 envelope dissolvido em água **um dia antes** do tratamento e outro envelope dissolvido em água **uma hora e meia antes** do tratamento.

XXXX,\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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

Dr. XXXX

CRO XXXX