

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68829

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MARIA DE NAZARETH TEIXEIRA - 00464402751

TELEFONE:

MEDICAMENTO: ELIXINOL CBD TINTURE NATURAL 4000 MG 120 ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: JOÃO PEREIRA, 51

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: Valença - RJ /27600-016

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68951

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ISAQUE ALKMIM SANTOS - 43807800824

RESPONSÁVEL: VALDIVA FERREIRA DE ALKMIM SANTOS - 03054767698

TELEFONE:

MEDICAMENTO: ELIXINOL EXTRACT OIL 5000 MG/120ML

QUANTIDADE: 12 CX

ENDEREÇO:

RUA: AVENIDA JULIA GAIOLLI 740, 300 MÓDULO 8 GALPÃO T200 -
EMPRESA RV ÍMOLA

BAIRRO: ÁGUA CHATA

CIDADE: Guarulhos - SP /07251-500

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68975

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: LUCAS FURTADO AZEREDO (VITALEEP) - 16713979750

RESPONSÁVEL: CAMILA FURTADO DA SILVA - 11956004700

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CHARLOTTE'S WEB SB ORIGINAL OLIVE OIL 50MG/ML
100ML

QUANTIDADE: 2 CX

ENDEREÇO:

RUA: PASTOR MARTIN LUTHER KING JR, 4420 BL 5 AP 809

BAIRRO: TOMÁS COELHO

CIDADE: Rio de Janeiro - RJ /21220-300

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68980

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: IAN FERRAZ LAZARINI - 50913848808

RESPONSÁVEL: MARCIA AMELIA ANGELO FERRAZ LAZARINI -
05772806866

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CHARLOTTE'S WEB STANLEY B MINT CHOCO 60MG/ML 100ML

QUANTIDADE: 3 CX

ENDEREÇO:

RUA: AFONSO PENA, 1537

BAIRRO: VILA MENDONÇA

CIDADE: Araçatuba - SP /16015-040

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68161

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: DAVI ARAÚJO ALVES - 17390839627

RESPONSÁVEL: GUSTAVO HENRIQUE ARAUJO DE SOUZA - 06836490601

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 200 6000MG 30ML, PURODIOL 200 6000MG 30ML

QUANTIDADE: 2 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: MAGALHAES PINTO, 62

BAIRRO: RESIDENCIAL COSTA SUL

CIDADE: Monte Carmelo - MG /38500-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68728

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MARIA DAS GRACAS AGUILAR BRACARENSE - 43606652615

RESPONSÁVEL: MARIA DAS GRACAS AGUILAR BRACARENSE - 43606652615

TELEFONE:

MEDICAMENTO: FARMAUSA DAY 200 MG X 30 ML , FARMAUSA NIGHT CBD
+ CBN + THC X 30 ML

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: URARICOERA, 324 APT 401

BAIRRO: RENASCENÇA

CIDADE: Belo Horizonte - MG /31130-580

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68787

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ANTHONY SILVA CAMILO - 60967541808

RESPONSÁVEL: SHAYENE CRISTINA OLIVEIRA CAMILO - 43807067884

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 3 CX

ENDEREÇO:

RUA: NABUCO DE ARAÚJO, 484 CASA 01

BAIRRO: VILA VIRGÍNIA

CIDADE: Ribeirão Preto - SP /14030-220

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68226

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: LARA DA SILVA GODOI - 15062036712

RESPONSÁVEL: ROSANGELA DA SILVA GODOI - 08490916756

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 200 6000MG 30ML

QUANTIDADE: 3 CX

ENDEREÇO:

RUA: RUA D, 104 CASA - REF: PONTO FINAL DO ÔNIBUS AO LADO DO
CRAS /CEP NOVO 27280802

BAIRRO: VILA BRASÍLIA

CIDADE: Volta Redonda - RJ /27280-620

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68796

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MARIA VICTORIA FERREIRA DE SOUZA LIMA - 21778131743

RESPONSÁVEL: TATIANE FERREIRA DA SILVA - 11082494771

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: PALMEIRAS, 447 CASA 1

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: Pinheiral - RJ /27197-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68718

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MURILO FERREIRA DE ANDRADE - 09655356140

RESPONSÁVEL: JAQUELINE VIEIRA DE ANDRADE - 06644020119

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: AV. DUQUE DE CAXIAS, S/N Q 52, LT 06

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: Iaciara - GO /73920-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68749

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: JOAO MIGUEL ERBAS GOMES MOREIRA - 20278894771

RESPONSÁVEL: MEYLE CAROLINE DA SILVA ERBAS GOMES - 12415355747

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: CLÓVIS DE SOUZA MEDINA, 33 CS 1 ATRÁS DA FACULDADE
CÂNDIDO MENDES

BAIRRO: PARQUE SÃO CAETANO

CIDADE: Campos dos Goytacazes - RJ /28040-710

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68755

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ALCINO DA SILVA - 67591248715

RESPONSÁVEL: RITA DE CASSIA VASCONCELOS SILVA - 08336855700

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 200 6000MG 30ML, PURODIOL 200 6000MG 30ML

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: COLORADO, 45 APT0 301

BAIRRO: JARDIM CATARINA

CIDADE: São Gonçalo - RJ /24715-290

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68715

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: NATAN GONCALVES VIANA - 11960899651

RESPONSÁVEL: NATAN GONCALVES VIANA - 11960899651

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: AVENIDA ANHANGUERA, 1355

BAIRRO: VILA ESPERANÇA

CIDADE: Nanuque - MG /39860-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68790

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ISIS RENGHER DIAS - 60649529898

RESPONSÁVEL: GEOVANA RENGHER DO NASCIMENTO DIAS - 34847380819

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: MOEMA, 253

BAIRRO: RESIDENCIAL HARAS PINDORAMA I (JACARÉ)

CIDADE: Cabreúva - SP /13318-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68616

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MAURO SÉRGIO PIMENTEL QUEIROZ - 89358775734

RESPONSÁVEL: MAURO SÉRGIO PIMENTEL QUEIROZ - 89358775734

TELEFONE:

MEDICAMENTO: FARMAUSA NIGHT CBD + CBN + THC X 30 ML

QUANTIDADE: 2 CX

ENDEREÇO:

RUA: JORNALISTA WALMOR MIRANDA, 101

BAIRRO: FRADINHOS

CIDADE: Vitória - ES /29042-460

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68411

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: HENRIQUE ROCHA FLEMING BARRETO - 21618274724

RESPONSÁVEL: BRUNA SARAH DA ROCHA - 10876084730

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 1.500MG (50MG/ML) 30ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: DESEMBARGADOR PAULO ALONSO, 767 AP 203

BAIRRO: RECREIO DOS BANDEIRANTES

CIDADE: Rio de Janeiro - RJ /22790-540

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68419

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: LEIR CUNHA DE OLIVEIRA - 29360641120

TELEFONE:

MEDICAMENTO: FARMAUSA DAY 200 MG X 30 ML

QUANTIDADE: 2 CX

ENDEREÇO:

RUA: MAJOR GAMA, 111 CASA

BAIRRO: DOM BOSCO

CIDADE: Corumbá - MS /79331-010

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68822

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MARCO AURELIO DE CASTRO PEREIRA - 09210287762

RESPONSÁVEL: MARCO AURELIO DE CASTRO PEREIRA - 09210287762

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: RUA VINTE E QUATRO, 245

BAIRRO: VILA SANTA CECILIA

CIDADE: Volta Redonda - RJ /27264-340

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68692

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: TIHAGO PEREIRA DOS SANTOS - 01739672569

RESPONSÁVEL: TIHAGO PEREIRA DOS SANTOS - 01739672569

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 50MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 4 CX

ENDEREÇO:

RUA: RUA MATILDE SILVA LIMA, 81 BL A, AP 202, CONDOMINIO
FLAMBOYANT

BAIRRO: LUZIA

CIDADE: Aracaju - SE /49045-080

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68257

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: DAVI BAIRRAL FALLANTE - 22425727760

RESPONSÁVEL: THAIS SOARES BAIRRAL - 09650928790

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 200 6000MG 30ML

QUANTIDADE: 2 CX

ENDEREÇO:

RUA: DR. JOSÉ DE OLIVEIRA CAMPOS, 170

BAIRRO: CIDADE NOVA

CIDADE: Itaperuna - RJ /28300-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68663

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: LEVI VARGAS SILVA - 17880692690

RESPONSÁVEL: VAGNER DOMINGOS DA SILVA - 03993018605

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 1.500MG (50MG/ML) 30ML

QUANTIDADE: 3 CX

ENDEREÇO:

RUA: JOEL, 111 CX2

BAIRRO: CANAÃ

CIDADE: Ipatinga - MG /35164-177

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68736

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: VITOR DE FONTES PEREIRA - 35610711800

RESPONSÁVEL: VITOR DE FONTES PEREIRA - 35610711800

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: ALAMEDA BARROS, 122 APT0 42

BAIRRO: SANTA CECÍLIA

CIDADE: São Paulo - SP /01232-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68695

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ARTHUR BEZERRA CARVALHO DA NOBREGA FONTELES -
05448539386

RESPONSÁVEL: ANA CAROLINA BEZERRA DE SÁ CARVALHO FONTELES -
00364433361

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: RUA AMÉLIA BENEBIEN, 901 AP 1302

BAIRRO: PAPICU

CIDADE: Fortaleza - CE /60176-010

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68231

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MARINA SOUZA NUNES - 56711344715

RESPONSÁVEL: MARINA SOUZA NUNES - 56711344715

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 50 1500MG 30ML

QUANTIDADE: 2 CX

ENDEREÇO:

RUA: MIGUEL PEREIRA, 50

BAIRRO: DOM RODRIGO

CIDADE: Nova Iguaçu - RJ /26260-420

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68696

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: PEDRO EDUARDO AMSTALDEN MORAES SAMPAIO - 47154241187

RESPONSÁVEL: MARIA JOSE AMSTALDEN MORAES SAMPAIO - 82379394849

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 3 CX

ENDEREÇO:

RUA: SHIN QI 12 CONJUNTO 6, 15 LT 15

BAIRRO: LAGO NORTE

CIDADE: Brasília - DF /71525-260

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 64482

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: GUILHERME MAIA WILLHELM - 21213641705

RESPONSÁVEL: ROBERTA MAIA SILVEIRA - 07022635757

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 200 6000MG 30ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: CÉLIA RIBEIRO DA SILVA MENDES, 500 BL 9 - APT 112 GR 17

BAIRRO: RECREIO DOS BANDEIRANTES

CIDADE: Rio de Janeiro - RJ /22790-711

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68800

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ROQUE DO RAMO LOBO - 03951972521

RESPONSÁVEL: ROQUE DO RAMO LOBO - 03951972521

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: PO CAJUEIRO DA MATINHA, 445 OBS: MIX LANCHE DO REGIS

BAIRRO: MANDACARU

CIDADE: Rafael Jambeiro - BA /44520-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68770

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: FRANCESCO LUIGI ERRINI - 14717373731

RESPONSÁVEL: PATRIZIO DIEGO ERRINI - 05353405757

TELEFONE:

MEDICAMENTO: ISODIOLEX 6000 50MG/ML 120ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: BRASÍLIA, 80 AP 801 ED BRASILIA

BAIRRO: PRAIA DE ITAPOA

CIDADE: Vila Velha - ES /29101-730

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68759

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: IZA LUZIA MELLO D AMATO - 02048679757

RESPONSÁVEL: IZA LUZIA MELLO D AMATO - 02048679757

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 200 6000MG 30ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: ROBERTO SILVEIRA, 18 AP 302

BAIRRO: ICARAÍ

CIDADE: Niterói - RJ /24230-165

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68777

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: GABRIEL SANDERSON FRACALOSSO - 20990611736

RESPONSÁVEL: FLAVIA GOMES SANDERSON - 07867195750

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: AVENIDA ESTUDANTE JOSÉ JÚLIO DE SOUZA, 3030 AP 1705,
TORRE C- EDIFÍCIO MAR DO CARIBE

BAIRRO: PRAIA DE ITAPARICA

CIDADE: Vila Velha - ES /29102-010

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68769

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: GABRIEL DE MAGALHÃES COSTA ATHAYDE - 18580093759

RESPONSÁVEL: MARCELA DE MAGALHÃES COSTA ATHAYDE - 08627482756

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: PROFESSOR ÁLVARO RODRIGUES, 337 AP 301

BAIRRO: BOTAFOGO

CIDADE: Rio de Janeiro - RJ /22280-040

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68799

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: JOAO BATISTA LOPES DA SILVA - 86949810172

RESPONSÁVEL: JOAO BATISTA LOPES DA SILVA - 86949810172

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: RUA TEODORO PAIAO, S/N Q3 L6

BAIRRO: SETOR CENTRAL

CIDADE: Arenópolis - GO /76235-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68824

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: DIENE DA SILVA GOMES - 05930946701

RESPONSÁVEL: VILMA DA SILVA GOMES - 02677727773

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX

ENDEREÇO:

RUA: JOSÉ MAURÍCIO DURÃO, 52

BAIRRO: RECANTO DO SOL

CIDADE: Barra Mansa - RJ /27333-393

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68808

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ANTONY BERNARDO COSTA FROIS - 15600782608

RESPONSÁVEL: SIMONE BARBOSA COSTA - 05862391622

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: SANTOS DUMONT, 50

BAIRRO: JARDIM PARQUE MORADA DO SOL

CIDADE: Montes Claros - MG /39408-288

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68853

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MARIA DA GRAÇA MADEIRA AMORIM - 15502603911

RESPONSÁVEL: JAKELINE DE PAIVA MADEIRA - 72870761287

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: MORANGO, 40

BAIRRO: MORADA DO SOL

CIDADE: Rio Branco - AC /69901-064

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68855

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MIGUEL SANTOS RIBEIRO - 17558183600

RESPONSÁVEL: ANA MARIA DOS SANTOS RIBEIRO - 01589775643

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: RUA CINCO, 58

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: Iapu - MG /35190-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68856

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: RAFAEL PESCE - 31109014805

RESPONSÁVEL: RAFAEL PESCE - 31109014805

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 2 CX

ENDEREÇO:

RUA: AZIZ CHIDID, 136

BAIRRO: JARDIM PANORAMA

CIDADE: Bariri - SP /17250-218

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68675

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: TANIA REGINA CONTI SAMPAIO - 62054511749

RESPONSÁVEL: MARCOS DE SOUZA SAMPAIO - 63785315791

TELEFONE:

MEDICAMENTO: FARMAUSA DAY 200 MG X 30 ML , FARMAUSA NIGHT CBD
+ CBN + THC X 30 ML

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: DOMINGUES DE SÁ, 246 802

BAIRRO: ICARAÍ

CIDADE: Niterói - RJ /24220-091

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68809

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MIKAELLY SOUZA AMBROSIO - 10216924332

RESPONSÁVEL: CARMELITA MICHELE SOUZA DUARTE - 01268359343

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 50MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: CARNAUBAL, 1000 PROXIMO A ARENINHA DA LAGOA DO URUBU

BAIRRO: FLORESTA

CIDADE: Fortaleza - CE /60110-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68706

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: DANIELA FARIAS FACO - 54451345391

RESPONSÁVEL: MARIA SELMA FARIAS FACO - 05174325368

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 200 6000MG 30ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: AVENIDA DESEMBARGADOR MOREIRA, 172 APT 402

BAIRRO: MEIRELES

CIDADE: Fortaleza - CE /60170-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68756

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: RAFAEL GOYANNA PEDROZA - 10452159377

RESPONSÁVEL: THAIS GOYANNA BARRETO PEDROZA - 72572051320

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: RUA MARTINHO RODRIGUES, 01201 AP 1103, BLOCO C, ED.
ESPLANADA DO SOL

BAIRRO: FÁTIMA

CIDADE: Fortaleza - CE /60411-280

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68949

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: LENYKER SILVA RODRIGUES - 50464411874

RESPONSÁVEL: JESSICA MARIA DIAS DA SILVA - 39516420842

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: GABRIEL BASTIDES, 234 CASA 1

BAIRRO: VL SOROCABANA

CIDADE: Pedro de Toledo - SP /11790-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68601

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: FRANCISCO LOPES DE CARVALHO - 18617701706

RESPONSÁVEL: MARINA MAGALHÃES LOPES - 08253976771

TELEFONE:

MEDICAMENTO: FARMAUSA DAY 200 MG X 30 ML

QUANTIDADE: 2 CX

ENDEREÇO:

RUA: GENERAL CRISTÓVÃO BARCELOS, 211 608

BAIRRO: LARANJEIRAS

CIDADE: Rio de Janeiro - RJ /22245-110

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68754

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: RENATA FERREIRA COSTA LEITE - 05302690667

RESPONSÁVEL: EDIMAR MAFRA LEITE - 98974360659

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 1.500MG (50MG/ML) 30ML

QUANTIDADE: 4 CX

ENDEREÇO:

RUA: LERY BALBINO DA SILVA, 147

BAIRRO: SERRA VERDE

CIDADE: Formiga - MG /35570-734

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68931

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: IDA MURINELLY GOMES - 09793297875

RESPONSÁVEL: MARCIA MURINELLY GOMES - 07452286820

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: AVENIDA MARCILIO JOAO ARRIGO, 3

BAIRRO: GREEN VALLEY

CIDADE: Botucatu - SP /18600-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68227

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MARCO ANDRE SISO DE OLIVEIRA - 16662938220

RESPONSÁVEL: MARCO ANDRE SISO DE OLIVEIRA - 16662938220

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: RUA EMBAIXADOR CARLOS TAYLOR, 95 B 02, AP 102

BAIRRO: GÁVEA

CIDADE: Rio de Janeiro - RJ /22451-080

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68957

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: RENAN DE SOUZA CARVALHO - 51174675829

TELEFONE:

MEDICAMENTO: FARMAUSA NIGHT CBD + CBN + THC X 30 ML

QUANTIDADE: 2 CX

ENDEREÇO:

RUA: HORÁCIO SOARES DE OLIVEIRA, 200 C 36

BAIRRO: CHÁCARA MALOTA

CIDADE: Jundiaí - SP /13211-534

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68807

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: CARLOS CALSION CANDIDO - 22490038826

RESPONSÁVEL: CARLOS CALSION CANDIDO - 22490038826

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: CARLINA PICOLO DOS PASSOS, 231 Q12 L15

BAIRRO: JARDIM DAS NAÇÕES II

CIDADE: Araras - SP /13607-421

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68958

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MARIANA ALMEIDA CUNHA - 50497735806

RESPONSÁVEL: LUIS FELIPE DA CUNHA - 31089510845

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX

ENDEREÇO:

RUA: AMÉLIA LATORRE, 1 BL C AP 92 (CONDOMÍNIO MAJESTIC)

BAIRRO: VILA NOVA ESPERIA

CIDADE: Jundiaí - SP /13211-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68717

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: EMANUEL CARLOS SENA SILVA (FALECIDO) - 15573996622

RESPONSÁVEL: JORDANIA SOUSA SENA - 11105851605

TELEFONE:

MEDICAMENTO: ISODIOLEX 6000 50MG/ML 120ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: ANTONIO CANDIDO MEDEIROS, 730

BAIRRO: VISTA ALEGRE

CIDADE: Peçanha - MG /39700-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68473

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MARIA APARECIDA CONCEIÇÃO PICCOLO - 02482230896

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: JOÃO DE OLIVEIRA BARRETO, 157

BAIRRO: VILA ALBERTO SIMÕES

CIDADE: Campinas - SP /13046-030

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68709

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: IURY GABRIEL PEREIRA COSTA - 17176730660

RESPONSÁVEL: CRISTIANA PEREIRA DA FONSECA - 07066109627

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: RUA ARAUÁ, 246 CASA A

BAIRRO: SÃO PAULO

CIDADE: Belo Horizonte - MG /31910-110

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68815

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: WANDA REGINA DINIZ DE SOUZA - 92136613634

RESPONSÁVEL: WANDA REGINA DINIZ DE SOUZA - 92136613634

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: RUA PALMEIRAS, 610 AP 901

BAIRRO: HORTO

CIDADE: Ipatinga - MG /35160-311

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68885

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: VITOR DE FREITAS PEREIRA DE ALMEIDA - 16372724642

RESPONSÁVEL: CLAUDIA DE FREITAS VIEIRA - 06804196678

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: JOAQUIM CARLOS FONSECA, 276

BAIRRO: SEGISMUNDO PEREIRA

CIDADE: Uberlândia - MG /38408-310

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68821

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: TISUCO YAMASAKI - 36708798115

RESPONSÁVEL: ADRIANA SHISUE YAMASAKI LOPES - 52847446168

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: EUNICE WEAVER, 347

BAIRRO: SANTO ANTÔNIO

CIDADE: Campo Grande - MS /79100-600

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68919

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: HEYTOR ALVES GOMES DA SILVA - 15444617633

RESPONSÁVEL: TANIA GOMES DA SILVA - 12567468862

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: JOÃO TOBIAS, 205 CASA

BAIRRO: PRESIDENTE ROOSEVELT

CIDADE: Uberlândia - MG /38401-066

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68811

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ELVIA POZZI BIANCO - 26674469840

RESPONSÁVEL: ELVIA POZZI BIANCO - 26674469840

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: DAS PITANGUEIRAS, 161

BAIRRO: PARQUE FABER CASTELL I

CIDADE: São Carlos - SP /13561-359

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 67649

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: RAVI RODRIGUES AGUIAR - 09652492205

RESPONSÁVEL: PAULA POLLYANNE RODRIGUES - 95374981234

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 4 CX

ENDEREÇO:

RUA: ANTENOR EPIFÂNIO MARTINS, 2501

BAIRRO: PARQUE DOS BURITIS

CIDADE: Macapá - AP /68908-802

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68805

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: FATIMA DO ROSÁRIO AMARAL ASSIS - 19203936840

RESPONSÁVEL: FÁTIMA DO ROSÁRIO AMARAL ASSIS - 19203936840

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: CARLINDO PEDROSO DE MORAES, 65

BAIRRO: JARDIM PROGRESSO

CIDADE: Porto Ferreira - SP /13660-252

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68859

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: NATAN DE SOUZA MADALHANO - 43946653880

RESPONSÁVEL: ADILSON CARLOS MADALHANO - 08582406886

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 200 6000MG 30ML

QUANTIDADE: 18 CX

ENDEREÇO:

RUA: JOSÉ ROSSI, 461 PRÓXIMO AO CARREFOUR DA RODOVIA
WASHINGTON LUIZ

BAIRRO: PARQUE INDUSTRIAL TANCREDO NEVES

CIDADE: São José do Rio Preto - SP /15076600

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68873

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: NATALIA GONÇALVES ARRUDA - 10670147133

RESPONSÁVEL: NAYARA CRISTINA GONCALVES ARRUDA - 02072683122

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: HELIO GALAN FERNANDES, 372

BAIRRO: SERRARIA

CIDADE: Aquidauana - MS /79200-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68700

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: JOAQUIM CAMARA LEMOS - 11924190141

RESPONSÁVEL: TAIS CEREZER CAMARA LEMOS - 00612114198

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: JOSÉ DOMINGOS BALDASSO, 830

BAIRRO: PARQUE ALVORADA

CIDADE: Dourados - MS /79823-480

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 67929

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: BERNARDO VIEIRA ARNT CORREA - 08500054930

RESPONSÁVEL: LUANA DE SOUZA VIEIRA - 90086449915

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 200 6000MG 30ML

QUANTIDADE: 12 CX

ENDEREÇO:

RUA: PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 731

BAIRRO: TARUMÃ

CIDADE: Curitiba - PR /82530-270

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68869

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: JOVENIL PIRES DA SILVA - 03585450130

RESPONSÁVEL: JOVENIL PIRES DA SILVA - 03585450130

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: CRISTO REI, 225 Q48 L 15

BAIRRO: SETOR JAÓ

CIDADE: Goiânia - GO /74673-030

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68881

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: CARINA AMANDA VIANA DA COSTA - 64845630206

RESPONSÁVEL: CARINA AMANDA VIANA DA COSTA - 64845630206

TELEFONE:

MEDICAMENTO: FARMAUSA NIGHT CBD + CBN + THC X 30 ML

QUANTIDADE: 2 CX

ENDEREÇO:

RUA: RECIFE (CJ MAREX), 143

BAIRRO: VAL-DE-CÃES

CIDADE: Belém - PA /66125-060

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68879

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MARIA JOSE DE ALMEIDA MELLO - 09356347700

TELEFONE:

MEDICAMENTO: ELIXINOL CBD TINTURE NATURAL 4000 MG 120 ML

QUANTIDADE: 3 CX

ENDEREÇO:

RUA: DOS PINTASSILGOS, 345

BAIRRO: MONTE BELO

CIDADE: Valença - RJ /27601-110

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 67755

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ARTHUR BASTOS DOS SANTOS - 15923319713

RESPONSÁVEL: ANA PAULA DE ALMEIDA GONÇALVES BASTOS DOS SANTOS
- 02661224777

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 200 6000MG 30ML

QUANTIDADE: 15 CX

ENDEREÇO:

RUA: MARICA, 3174 TERREO

BAIRRO: JARDIM ALCÂNTARA

CIDADE: São Gonçalo - RJ /24710-340

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 67863

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: JOÃO CARLOS MOTA MARQUEZ - 07178096764

RESPONSÁVEL: JOÃO CARLOS MOTA MARQUEZ - 07178096764

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 2 CX

ENDEREÇO:

RUA: ESTRADA PROFESSOR BRANT HORA, 24 CASA 27 A

BAIRRO: ILHA DE GUARATIBA

CIDADE: Rio de Janeiro - RJ /23020-180

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 67751

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ELOA VITORIA FERNANDES COSTA - 11992752397

RESPONSÁVEL: JHESSICA MAYNA FERNANDES - 75240920168

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 200 6000MG 30ML

QUANTIDADE: 6 CX

ENDEREÇO:

RUA: 11 DE MAIO, 5

BAIRRO: SÃO CRISTOVÃO

CIDADE: São Luís - MA /65010-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68989

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: DANILO SENRA VITRAL DEL DUCA DE SOUZA - 11215269692

RESPONSÁVEL: ANGELA CRISTINA DEL DUCA DE SOUZA - 43723659691

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: SANTO ANTÔNIO, 421 AP 1401

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: Juiz de Fora - MG /36015-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68865

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: LETHICIA DE ALMEIDA COSTA BARROS - 18337088656

RESPONSÁVEL: LUCAS COSTA BARROS - 07789344625

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: HERMAN STERN, 371 H607

BAIRRO: COLINA DE LARANJEIRAS

CIDADE: Serra - ES /29167-081

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 69001

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: KETLLIN SILVA OLIVEIRA - 21280170760

RESPONSÁVEL: DEIVISON CLAITON DA SILVA - 11042172790

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: FRANCISCO TEIXEIRA, 433

BAIRRO: ENGENHEIRO BELFORD

CIDADE: São João de Meriti - RJ /25520-672

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68781

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: SAYURI VITÓRIA YANO - 55689062898

RESPONSÁVEL: TOMO YANO JUNIOR - 82305900104

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 6 CX

ENDEREÇO:

RUA: AVENIDA NOVE DE JULHO, 3351 APT 14 TORRE B

BAIRRO: ANHANGABAÚ

CIDADE: Jundiaí - SP /13208-056

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68711

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ATÍLIO NICOLITCH NICOLI - 40806676809

RESPONSÁVEL: ATÍLIO NICOLITCH NICOLI - 40806676809

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: ARTUR BASTOS, 211

BAIRRO: PARQUE SÃO DOMINGOS

CIDADE: São Paulo - SP /05126-160

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68920

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: THIAGO MESSIAS DOS SANTOS - 09591043643

RESPONSÁVEL: THIAGO MESSIAS DOS SANTOS -

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: AV PADRE JULIO MARIA, 72

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: Manhumirim - MG /36970-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68964

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ERNI TRENNEPOHL - 24467537015

RESPONSÁVEL: DANIEL TRENNEPOHL - 02272389155

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 200 6000MG 30ML, PURODIOL 200 6000MG 30ML

QUANTIDADE: 2 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: AV MARIO CORREA, S/N Q12 LOT 02 1831

BAIRRO: LOTEAMENTO ALTO SAN RAPHAEL

CIDADE: Maracaju - MS /79150-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68814

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ANGELINE RODRIGUES SANTOS - 58660309855

RESPONSÁVEL: TIAGO RODRIGUES CAMPOS - 41509813888

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 2 CX

ENDEREÇO:

RUA: ESTRELA D OESTE, 86 QUADRA 113

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: Rosana - SP /19274-000

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68988

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: SOPHIE ALMEIDA TEIXEIRA - 15845376637

RESPONSÁVEL: LUIZA MARTINS TEIXEIRA - 13362361676

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: RUA MANOEL VICENTE ARAÚJO, 333

BAIRRO: LIMOEIRO

CIDADE: Ipatinga - MG /35162-459

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68897

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: MIGUEL BRUM BARBOSA - 18617720760

RESPONSÁVEL: ELISA BRUM VITOR - 14104973726

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: ALVES DO VALE, 747

BAIRRO: VILA VALQUEIRE

CIDADE: Rio de Janeiro - RJ /21330-110

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68634

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: VALERIA LUCIA BARBOSA PINTO - 46684735020

RESPONSÁVEL: VALERIA LUCIA BARBOSA PINTO - 46684735020

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: LUIZ ELIAS DAUX, 1089 DAUX RESIDENCIAL-BL C - AP 202

BAIRRO: INGLESES DO RIO VERMELHO

CIDADE: Florianópolis - SC /88058-512

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68893

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: LEO CARVALHO DE OLIVEIRA - 51057217808

RESPONSÁVEL: MARLI MARIA DE CARVALHO DE OLIVEIRA - 27124892848

TELEFONE:

MEDICAMENTO: CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA,
CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML 30ML BENUVIA

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: MIGUEL FRANCISCO DIAS, 244

BAIRRO: CIDADE AUXILIADORA

CIDADE: São Paulo - SP /05858-040

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68977

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: ADRIANA DE PAULO BATISTA - 05880820904

RESPONSÁVEL: ADRIANA DE PAULO BATISTA - 05880820904

TELEFONE:

MEDICAMENTO: FARMAUSA DAY 200 MG X 30 ML , FARMAUSA NIGHT CBD
+ CBN + THC X 30 ML

QUANTIDADE: 1 CX, 1 CX

ENDEREÇO:

RUA: FREDERICO STELLA, 358 SOBRADO 71

BAIRRO: CACHOEIRA

CIDADE: Curitiba - PR /82710-412

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 69012

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: JOAO DANTAS ZON - 91379440700

RESPONSÁVEL: JOAO DANTAS ZON -

TELEFONE:

MEDICAMENTO: NABIX 10.000MG (100MG/ML) 100ML

QUANTIDADE: 3 CX

ENDEREÇO:

RUA: ANTÔNIO BORGES, 80 AP 201 ED GRAND BAY

BAIRRO: MATA DA PRAIA

CIDADE: Vitória - ES /29065-250

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura

COMPROVANTE DE ENTREGA

PEDIDO: 68229

REMETENTE: ESTAÇÃO DOCTOR SP

PACIENTE: FERNANDO BILATE TEIXEIRA BORGES DE FREITAS -
20141059796

RESPONSÁVEL: FABIO BORGES DE FREITAS - 03445387702

TELEFONE:

MEDICAMENTO: PURODIOL 200 6000MG 30ML

QUANTIDADE: 3 CX

ENDEREÇO:

RUA: RUA JOSÉ MARTINS PIRES, S/N LT 14A QD 0

BAIRRO: CAMPO GRANDE

CIDADE: Rio de Janeiro - RJ /23093-665

Eu, _____, CPF: _____, declaro
ter recebido o pedido _____ na data de ____/____/____.

Assinatura