

**Identificação do Emitente**

Nome: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO E SAUDE

Endereço: RUA MODESTO DE MELO Nº423  
CEP: 73801-530 (61)3631-8054 (61)99999-  
0423 Cidade: Formosa UF: GO

Paciente: MARIA ABADIA DE SOUSA PINTO Sexo: F Nasc.: 09/10/1959 (66  
anos 1 mês 27 dias) CPF: 423.092.711-87

Endereço: AV POSTO AGROPECUARIO Nº610 Bairro: PAMPULHA Cidade:  
FORMOSA-GO

Prescrição:

Uso Oral:

1) CANABIDIOL FARMAUSA ..... 2 FRASCOS  
100 mg/ml

7 dias - 0,1 ml de manhã e a noite

7 dias - 0,2 ml de manhã e a noite

7 dias - 0,3 ml de manhã e a noite

7 dias - 0,4 ml de manhã e a noite

MANTER - 0,5 ml de manhã e a noite

**Identificação do Comprador**

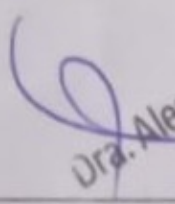
Nome Completo: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Org. Emissor \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

  
Dra. Alessandra Pires Avellar  
CRM-DF 9492  
CRM-GO 13087  
RQE Neurologia 10818  
Neurologia

Carimbo do Médico

Formosa-GO, 5 de dezembro de 2025

**Identificação do Fornecedor**