



Receituário de Controle Especial  
1ª via Farmácia

**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: VERA LUCIA MACHADO BARROS Sexo: F Nasc.: 11/03/1958 (67 anos 11 meses 16 dias) CPF: 633.579.841-72  
 Endereço: AVENIDA PEDRO MONTEIRO GUIMARAES N 457 Bairro: FERROVIARIA Cidade: FORMOSA-GO  
 Prescrição:  
 Uso Oral:

1) CANABIDIOL 200MG / ML ..... 2 FRASCOS (FARMAUSA)

- 1 SEMANA - TOMAR 0,2 ML MANHÃ E 0,3 ml A NOITE



Receituário de Controle Especial  
2ª via Paciente

**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: VERA LUCIA MACHADO BARROS Sexo: F Nasc.: 11/03/1958 (67 anos 11 meses 16 dias) CPF: 633.579.841-72  
 Endereço: AVENIDA PEDRO MONTEIRO GUIMARAES N 457 Bairro: FERROVIARIA Cidade: FORMOSA-GO  
 Prescrição:  
 Uso Oral:

1) CANABIDIOL 200MG / ML ..... 2 FRASCOS (FARMAUSA)

- 1 SEMANA - TOMAR 0,2 ML MANHÃ E 0,3 ml A NOITE

**Identificação do Comprador**  
 Nome Completo: \_\_\_\_\_  
 Ident.: \_\_\_\_\_ Org. Emissor \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_

*Dra. Alessandra Pires Avellar*  
 CRM-GO 9492  
 RQ: \_\_\_\_\_  
 Carimbo do Médico  
 UF: GO 13087  
 Neurologia

Formosa-GO, 27 de fevereiro de 2026

**Identificação do Fornecedor**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Identificação do Comprador**  
 Nome Completo: \_\_\_\_\_  
 Ident.: \_\_\_\_\_ Org. Emissor \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_

*Dra. Alessandra Pires Avellar*  
 CRM-GO 9492  
 RQ: \_\_\_\_\_  
 Carimbo do Médico  
 UF: GO 13087  
 Neurologia

Formosa-GO, 27 de fevereiro de 2026

**Identificação do Fornecedor**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_