

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: MARIANA MACHADO PEREIRA
CRM: 91.822 UF: SP
ENDEREÇO: Rua Conrado Augusto Offa, 585, Vila Virgínia,
Jundiaí/SP
CEP: 13.209-070 e-mail: clinicainfantilpmp@gmail.com

NOME: Arthur Andrade Pereira

Endereço: Rua Atibaia número 815

USO ORAL

1 - CANABIDIOL 200 mg/ml 3 frascos
FARMA USA

Tomar 0,5 ml 2 vezes ao dia, contínuo.

DATA: 12/03/26

Mariana M. Pereira
CRM 91822
CPF 172.082.308-11

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____

ORG EMIS: _____

END: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TEL: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: MARIANA MACHADO PEREIRA
CRM: 91.822 UF: SP
ENDEREÇO: Rua Conrado Augusto Offa, 585, Vila Virgínia,
Jundiaí/SP
CEP: 13.209-070 e-mail: clinicainfantilpmp@gmail.com

NOME: Arthur Andrade Pereira

Endereço: Rua Atibaia número 815

USO ORAL

1 - CANABIDIOL 200 mg/ml 3 frascos
FARMA USA

Tomar 0,5 ml 2 vezes ao dia, contínuo.

DATA: 12/03/26

Mariana M. Pereira
CRM 91822
CPF 172.082.308-11

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____

ORG EMIS: _____

END: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TEL: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____