

pecial
Farmácia
Paciente



Receituário de Controle Especial

1ª via Farmácia
2ª via Paciente

Identificação do Emitente

Nome: INSTITUTO GODEEM

CNPJ: 33.712.893/0001-80

Endereço: RUA PROFESSOR ALTA VIDAL N.
515 QD 45 SALA 201 CEP: 73801-480
(61)99315-5869 Cidade: FORMOSA UF: GO

CPF:

Paciente: RICARDO SAAD Sexo: M Nasc.: 25/11/1947 (78 anos 11 dias) CPF:
023.346.151-53

-220

Endereço: RUA 15 N 1152
FORMOSINHA CEP 73.813-220 1152 Bairro: FORMOSINHA CEP: 73813--220

Prescrição

Usc Oral:

1) CANABIDIOL FARMAUSA 200 MG /ML..... 3 FRASCOS.

Dar 0,2 ml de manhã e 0,3 ML 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, 14/03/26

Identificação do Fornecedor