

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

2º Via Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Nome completo:

**JOÃO BATISTA SANTOS GARCIA**

CRM: 2603

UF: MA

CPF: 135.570.488-02

Telefone:

Endereço Completo: **Rua dos Azulões Qr. 02 Edificio Office Tower Sala 124, 01, Renascença II**

Cidade: **Sao Luís**

UF: **MA**

Paciente: **TIRZA BRITO PINHEIRO RAMOS DE ALMEIDA | 41 ANOS**

CPF: **005.637.083-01**

Endereço: **RUA B, 11, JARDIM ATLÂNTICO, Sao Luís - MA, CEP: 65067090**

Prescrição:

USO INTERNO:

1. **CANABIDIOL 200MG/ML FARMAUSA-----03CX**

**TOMAR 1ML DE 12/12H**

Prof. Dr. João Batista S. Garcia  
Clínico de Dor - ROE 392  
Medicina Palliativa - ROE 2438  
CRM 2603-MA

18/03/26

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

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

End.: \_\_\_\_\_

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Fornecedor: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_