

Dra. Valéria Gandolfi Geraldo

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA E PEDIATRIA – Crianças e Adolescentes
Diretor Técnico Médico - CRM-SP 105.691 / RQE 26.501-1

End.: Rua Dr. Pedro Costa, 483, 3º andar, sala 32, Ed. Ágata, Centro, Taubaté-SP - CEP: 12010-160
Telefones: (12) 3621.4846 / 97401.8970 E-mail: neurogandolfi@hotmail.com
CNPJ: 10.899.820/0001-10 Insc. Municipal: 54419/09 – CNES: 6995098

Nome: Sophia Coelho dos Reis
End.: Av: Presidente Tancredo Neves, 1251 Bl 4 apt 44- Jd Americano
Cidade: São José dos Campos Estado: SP

Prescrição: uso oral e contínuo

- **Canabidiol (Purodiol) 200mg/ml** ____ 2 ml por dia/60 ml ou 2 frascos por mês/ 1260ml ou 24 frascos por ano

Dar 1 ml via sublingual às 7h e 19h

Data: 01/02/2026

CPF: 260.489.358-46

Dra. Valéria Gandolfi Geraldo

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA E PEDIATRIA
Crianças e Adolescentes

CRM-SP 105.691 / RQE 26.501-1 - CNS: 980.016.004.617.453

Identificação do comprador

Nome:

Identidade:

Órgão emissor:

End.:

Cidade: UF: Tel.:

Identificação do fornecedor

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do farmacêutico

Dra. Valéria Gandolfi Geraldo

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA E PEDIATRIA – Crianças e Adolescentes
Diretor Técnico Médico - CRM-SP 105.691 / RQE 26.501-1

End.: Rua Dr. Pedro Costa, 483, 3º andar, sala 32, Ed. Ágata, Centro, Taubaté-SP - CEP: 12010-160 Telefones:
(12) 3621.4846 / 97401.8970 E-mail: neurogandolfi@hotmail.com CNPJ:
10.899.820/0001-10 Insc. Municipal: 54419/09 – CNES: 6995098

Nome: Sophia Coelho dos Reis
End.: Av: Presidente Tancredo Neves, 1251 Bl 4 apt 44- Jd Americano
Cidade: São José dos Campo Estado: SP

Prescrição: uso oral e contínuo

- **Canabidiol (Purodiol) 200mg/ml** ____ 2 ml por dia/60 ml ou 2 frascos por mês/ 1260ml ou 24 frascos por ano

Dar 1 ml via sublingual às 7h e 19h

Data: 01/02/2026

CPF: 260.489.358-46

Dra. Valéria Gandolfi Geraldo

NEUROLOGIA PEDIATRIA E PEDIATRIA
Crianças e Adolescentes

CRM-SP 105.691 / RQE 26.501-1 - CNS: 980.016.004.617.453

Identificação do comprador

Nome:

Identidade:

Órgão emissor:

End.:

Cidade: UF: Tel.:

Identificação do fornecedor

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do farmacêutico