

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dra Karina Soares Loufí

CRM- MG 29904

Neurologia Infantil

Av. Contorno 4747 sala 601 – Funcionários – Belo Horizonte – Minas Gerais
Telefone (31) 2551-1050

PACIENTE: GABRIEL DE CARVALHO FARIA

USO VIA ORAL:

- 1- CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML-----20 FRASCOS/ ANO
TOMAR 0,8 ML DE 12 EM 12 HORAS DE USO CONTÍNUO.

Data: 09/03/26

Dra. Karina Soares Loufí
Neurologia Pediátrica
CRM-MG 29904
RQE: 49894

Assinatura/Carimbo do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA _____