



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**CATEA 2 -CENTRO DE ATENÇÃO AO
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA**

Rua Doutor Nilo Peçanha, 53 SLJ 02 Antonina –
São Gonçalo / RJ 24.445-300 / CNPJ
28.630.531/0021-20

Telefone: (21) 3514-9595

1 VIA – FARMÁCIA

2 VIA - PACIENTE

PACIENTE: **Bryan Felix Brazao**

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL – USO CONTINUO

- 1) CANABIDIOL FARMAUSA 100MG/ML – 3 FRASCOS
DAR 0,3 ML DE MANHÃ E 0,2 ML A NOITE

Dr. Diego S. Sanchez
Neurologia Pediátrica
CRM RJ 24.445-13-2

DATA:

20/03/2026

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identidade: _____ Org Exp: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO
FARMACÊUTICO

DATA