

Receituário de controle especial - 1ª via

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Dr. JOSE SILVA MACARIO CRM:19205-CE Endereço: Rua Ubaldino Souto Maior, 1220 - Sala 10 Cidade: Crateús UF: CE Telefone: 88993740575	1a. via para retenção da farmácia ou drogaria 2a. via para orientação ao paciente
---	--

Receituário Médico

Paciente: Francisco Gabriel Ximenes Timbó
 Idade: 5
 Endereço do paciente: Rua Homero Fontinele, 1201, Crateús, .

USO ORAL

1. EXTRATO DE CANNABIS FULL ESPECTRUM 100MG/ML + 3MG/ML (100ML) ----- 02 FRASCOS
 NABIX PREMUIIM HEMP OIL
 DAR 0,1 ML DE 12/12 HORAS

Dr. José Macário
 Médico
 CREMEC 19205

Crateús 23 de
03 de 26

 Jose Silva Macario
 CRM 19205 CE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ RG: _____ Emissor: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Assinatura farmacêutico Data: ____/____/____
---	---

Receituário de controle especial - 2ª via

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Dr. JOSE SILVA MACARIO CRM:19205-CE Endereço: Rua Ubaldino Souto Maior, 1220 - Sala 10 Cidade: Crateús UF: CE Telefone: 88993740575	1a. via para retenção da farmácia ou drogaria 2a. via para orientação ao paciente
---	--

Receituário Médico

Paciente: Francisco Gabriel Ximenes Timbó
 Idade: 5
 Endereço do paciente: Rua Homero Fontinele, 1201, Crateús, .

USO ORAL

1. EXTRATO DE CANNABIS FULL ESPECTRUM 100MG/ML + 3MG/ML (100ML) ----- 02 FRASCOS
 NABIX PREMUIIM HEMP OIL
 DAR 0,1 ML DE 12/12 HORAS

Dr. José Macário
 Médico
 CREMEC 19205

Crateús 23 de
03 de 26

 Jose Silva Macario
 CRM 19205 CE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ RG: _____ Emissor: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Assinatura farmacêutico Data: ____/____/____
---	---