

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: MARIANA MACHADO PEREIRA
CRM: 91.822 UF: SP
ENDEREÇO: Rua Conrado Augusto Offa, 585 Vila Virginia,
Jundiaí/SP
CEP: 13.209-070 e-mail: clinicainfantilpmp@gmail.com

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: MARIANA MACHADO PEREIRA
CRM: 91.822 UF: SP
ENDEREÇO: Rua Conrado Augusto Offa, 585 Vila Virginia,
Jundiaí/SP
CEP: 13.209-070 e-mail: clinicainfantilpmp@gmail.com

NOME: Benício Coghi De Domenico

Endereço: Rua Dr Antonio Carlos de Oliveira Melo 121

USO ORAL

1 - CANABIDIOL 200 mg/ml 2 FRASCOS
FARMA USA

Tomar 0,25 ml pela manhã e 0,5 ml a noite,
contínuo.

DATA: 23/03/26

IDENTIFICAÇÃO DO

COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____

ORG EMIS: _____

END: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TEL: _____

Dra. Mariana Machado Pereira
CRM: 91.822
CPF: 172.082.308-11

IDENTIFICAÇÃO DO
FORNECEDOR

ASSINATURA DO
FARMACÊUTICO DATA: ___/___/___

NOME: Benício Coghi De Domenico

Endereço: Rua Dr Antonio Carlos de Oliveira Melo 121

USO ORAL

1 - CANABIDIOL 200 mg/ml 2 FRASCOS
FARMA USA

Tomar 0,25 ml pela manhã e 0,5 ml a noite,
contínuo.

DATA: 23/03/26

IDENTIFICAÇÃO DO

COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____

ORG EMIS: _____

END: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TEL: _____

Dra. Mariana Machado Pereira
CRM: 91.822
CPF: 172.082.308-11

IDENTIFICAÇÃO DO
FORNECEDOR

ASSINATURA DO
FARMACÊUTICO DATA: ___/___/___