

Receituário de Controle Especial

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

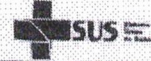
Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____



Prefeitura Municipal de Paty do Alferes
Secretaria Municipal de Saúde



1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via - Identificação do Paciente

Uso Exclusivo em unidades do SUS

Alice Rocha Fosati
Médica
CRM 5263521/RJ
Carimbo do Médico

Paciente: Andrea da Rocha Costa Oliveira

Endereço: _____

Prescrição: Nabix 10.000 / 300 (1 ml e 10mg
CBD e 3 mg THC) - Tomar 10 gotas
de manhã e 12 gotas à noite

6, 2, 2026

Data

Alice Rocha Fosati
Médica
CRM 5263521/RJ

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identidade: _____ Órg. Em.: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data