

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: Micaely dos Santos Souza

Telefone: 15 99853-6617- E-mail: josely.jss@gmail.com

Endereço: Rua Jamil de Oliveira Ramos (Chulipa) 66- Bairro- Jardim Brasil- CEP 18405-216- Itapeva/ SP

Identificação/ Orgão Emissor:

Identificação do comprador:

Nome:

Endereço:

Telefone:

Identificação/ Orgão Emissor:

Identificação do Fornecedor:

Assinatura do Farmacêutico:

Data: 05/03/2026

USO: Interno

FarmaUsa Day 200 mg/ml frasco 6000 mg/30 ml _____ 48 frascos/ ano

Dar 2,0 ml 2x/ dia



Dra. Paula M. Preto Mimura
Neuropediatra
CRM/ SP 80344

Av. Washington Luiz, No 310. Torre White. Sala 45. Jardim Emilia. Sorocaba/SP. CEP 18031-000.
Telefones: (15) 99687-6888, (15) 3417-7229.



Este documento foi gerado digitalmente em 05/03/2026 14:23:15.

Profissional responsável: PAULA- Registro: 80344/SP

Obtenha cópia em: <https://cxpass.net/doc-FE74E55C-18B7-11F1-9508-2DC4A5DF0EEC> ou leia o QRCode ao lado

Atenção: Documento sem assinatura digital, não pode ser validado no ITI.