

Receituário Controle Especial

Identificação do Emitente

Nome completo: **Dra. Adriana Cunha
Teixeira**

CRM: **2211** UF: **PI**

End. Completo e Telefone: **Rua São Pedro, 2071
Sala 305 - Ed. Raimundo Martins - Centro**
☎ **(86) 3223-4962**

Cidade: **Teresina** UF: **PI**

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

PACIENTE: ARTHUR PAIVA SANTOS

USO ORAL/ contínuo

1. CANABIDIOL FarmaUSA 100 MG/ML (ISENTA DE THC) 30 ML----
3 FRASCOS.

TOMAR 0,5 ML DE 12 EM 12 HORAS-- ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA.

Termo de consentimento livre e esclarecido:

Estou ciente e de acordo que o tratamento proposto não configura protocolo oficial para TEA (transtorno do espectro autista) e ainda não possui eficácia científica específica para o autismo e ainda não há comprovação de segurança de utilização a longo prazo.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL:

Dra. Adriana Cunha Teixeira
NEUROPEDIATRA
CRM 2211-PI / RQE 345

Identificação do Comprador

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: **18/12/25**