

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: Davi Lucca Braga Lopes
Endereço: Avenida Bento do Amaral Gurgel 2300

USO ORAL

1 – Canabidiol 100 mg/ml 1 cx mês/12 cxs ano
FARMA USA

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

DATA: 15/12/2025

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

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____

ORG EMIS: _____

END: _____

CIDADE: _____ **UF:** _____

TEL: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO
FARMACÊUTICO DATA: ___/___/___