

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: Gabriel Maciel Machado

Telefone: 15 99626-5725- E-mail: macielpaty@hotmail.com

Endereço: RUA FRANCISCO PEIXOTO JÚNIOR 73- Bairro- ROSA GARCIA 1- CEP 18275-570- TATUI/ SP

Identificação/ Orgão Emissor:

Identificação do comprador:

Nome:

Endereço:

Telefone:

Identificação/ Orgão Emissor:

Identificação do Fornecedor:

Assinatura do Farmacêutico:

Data: 18/03/2026

USO: Interno

Purodiol 6000 mg/ frasco (200 mg/ ml) _____ *48 frascos/ ano*

Dar 2,0 ml 2x/dia, contínuo.

Receita válida por 6 meses.

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 18/03/2026 14:58:39.

Profissional responsável: PAULA- Registro: 80344/SP

Obtenha cópia em: <https://cxpass.net/doc-17E9C44E-22F4-11F1-B48A-7A11A6DF0EEC> ou leia o QRCode ao lado

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