

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1º Via Farmácia

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Nome completo:

JOÃO BATISTA SANTOS GARCIA

CRM: **2603**

UF: **MA**

CPF: **135.570.488-02**

Telefone:

Endereço Completo: **Rua dos Azulões Qr. 02 Edificio Office Tower Sala 124, 01, Renascenca II**

Cidade: **Sao Luís**

UF: **MA**

Paciente: **LILIANE LOPES MELO | 43 ANOS**

CPF: **982.679.573-91**

Endereço: **RUA AZIZ HELUY, PONTA D'AREIA, Sao Luís - MA, CEP: 65077657**

Prescrição:

USO INTERNO:

1. NABIX 10.000(100MG DE CBD + 3MG DE THC)-----02CX
TOMAR 1ML DE 12/12H

08104126

João Batista S. Garcia
Dr. João Batista S. Garcia
RQE 392
RQE 2438

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident.: _____ Org.Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Famarceutico _____ / _____ / _____

Data