

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dra Marianna Ecard

Av. Ator José Wilker, 600. Bl 5 sala 243

CEP 22775-024 TEL 21 97437-0826

CRM 520106576-9

PACIENTE: CALEB S. MUNIZ LESSA

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

CANABIDIOL 100MG/ML ISOLADO FARMAUSA----- 2 FR

0,5 ML 12/12H

Dra. Marianna Ecard
Psiquiatria Infantil e Adolescência
CRM 520106576-9

10, 01, 26

Data

Assinatura e Carimbo
do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Órg. Em.:

Endereço:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico