

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo:

**JOÃO BATISTA SANTOS GARCIA**

CRM: **2603**

UF: **MA**

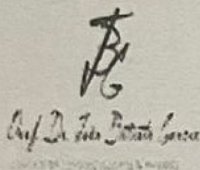
CPF: **135.570.488-02**

Telefone:

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

Cidade: **Sao Luís**

UF: **MA**



Paciente: **GUILHERME BARROS FONSECA | 25 ANOS**

CPF: **607.965.413-02**

Endereço: **RUA TRINTA E DOIS, 36, CALHAU, Sao Luís - MA, CEP: 65071520**

Prescrição:

**USO INTERNO:**

**1. NABIX 10.000(100MG DE CBD + 3MG DE THC) -----  
-02CX**

**TOMAR 2ML VO DE 12/12H.**

*02/04/26*

*Prof. Dr. João Batista S. Garcia*  
Clínico de Dor - RQE 397  
Medicina Palliativa - RQE 2418  
CRM 2603-MA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Famarceutico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data