

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FÁRMÁCIA

2ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL

DR LUIZ GABRIEL LEITE DA SILVA
RUA SÃO SALVADOR, 707, CENTRO FONE: 34191151
CAMPO VERDE - MT

NOME: MAITE BEZERRA LIZZONI

USO ORAL

1) CANABIDIOL FARMAUSA 200MG CBD/ML -----2FR
TOMAR 0,35ML VO 12/12H

DATA: 05/01/26

DR RONALD HUND LUCAS
MÉDICO DO TRABALHO RQE 7368
CIRURGIÃO GERAL RQE 4130
CRM MT 9349

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME: IDENT : ÓRG.EMISSION: END.: CIDADE: _____ UF: _____ MT _____ TELEFONE: ()	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ___/___/___