



PREFEITURA DO
CRATO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
NOME COMPLETO: PREFEITURA MUNICIPAL DO CRATO SECRETARIA DE SAÚDE	
CIDADE: CRATO	UF: CE

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: João yure Fernandes L. Ribeiro

Endereço: _____

Prescrição: uso oral

1) Nobix 10000 - 100mg CBD/ml + THC/ml - 03 meses (100ml)

Dra. Ana Carolina M. Passos
Médica
CRM-CE 18.984

Data: 20/04/2026

Carimbo e assinatura do médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	_____
Identidade:	_____
Org. Emissor:	_____
Endereço:	_____
Cidade/UF:	_____
Telefone:	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Data: _____	
Assinatura do(a) Farmacêutico(a)	