


RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
 <b>DRA PAULA DINIZ</b> <small>NEUROLOGIA INFANTIL</small>	(65) 99995 5065 Rua Corumbá, N 450 Hospital Femina, Sl 24 Lixeira - Cuiabá - MT

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

PACIENTE: Bryan Ferreira Santos  
ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO

Uso oral e contínuo

1. Canabidiol Farmausa 200 mg/ml \_\_\_\_\_ 2 frascos

Dar 1,0 ml, 12/12 horas.

*Paula Diniz dos Santos Moreira*  
 NEUROLOGISTA INFANTIL  
 CRM-MT 7661 / RQE: 5345/5357

DATA: 15/04/26

Assinatura / Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome: _____ Ident.: _____ Orgão Emissor: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
     Assinatura e carimbo do farmacêutico _____ Data ____/____/____

1ª Via: Fornecedor - 2ª Via Paciente

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
 <b>DRA PAULA DINIZ</b> <small>NEUROLOGIA INFANTIL</small>	(65) 99995 5065 Rua Corumbá, N 450 Hospital Femina, Sl 24 Lixeira - Cuiabá - MT

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

PACIENTE: Bryan Ferreira Santos  
ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO

Uso oral e contínuo

1. Canabidiol Farmausa 200 mg/ml \_\_\_\_\_ 2 frascos

Dar 1,0 ml, 12/12 horas.

*Paula Diniz dos Santos Moreira*  
 NEUROLOGISTA INFANTIL  
 CRM-MT 7661 / RQE: 5345/5357

DATA: 15/04/26

Assinatura / Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome: _____ Ident.: _____ Orgão Emissor: _____ End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
     Assinatura e carimbo do farmacêutico _____ Data ____/____/____

1ª Via: Fornecedor - 2ª Via Paciente