

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - Retenção na Farmácia ou Drograria

2ª Via - Orientação ao Paciente

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Vera Cristina Terra

CRM: 30012 UF: PR

Endereço Completo: Rua Prof. Rosa Saporski, 229,  
Hospital NsaSra das Graças.

Telefone: (41) 3262-1634

Cidade: Curitiba UF: PR

Carimbo e Assinatura do Médico

Dra. Vera Cristina Terra  
Neurologia e Neurofisiologia  
Clínica  
CRM 30012

## RECEITUÁRIO MÉDICO

PARA: **Julia Capraro de Andrade**

RUA: **Augusto Maffei, 40 casa Aramação - Penha SC**

USO VIA GASTROSTOMIA

Canabidiol FARMAUSA 6000 (200mg/ml) frasco 30 ml \_\_\_\_\_ 3 Frascos

Dar 4ml ao dia

Data: 30/10/21

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

Ident: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

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

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

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

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data   /  /  

*Farmausa*