

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Dr^a Karenina Ximenes

CRM: 12310 UF: ES N^o

End. Completo: Rua Eugênio Netto, 466

Praia do Canto

Cidade: Vitória UF: ES

Tel.: 27 99944-2058



1^a Via Farmácia

2^a Via Paciente

Paciente: _____

João Alexandre Lucas

Endereço: _____

Prescrição: _____

uso oral contínuo

① Canabidiol Farma USA 200mg/ml 02 parcelas

Dose 0,25 ml 2x dia

10/04/26

*Karenina Goldberg
Neurologista Infantil
Neurofisiologia
CRM-ES 12310*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÊUTICO _____

DATA ____/____/____

