

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF	NÚMERO
SC	24 175427

A

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Fernando Cini Freitas, MD, PhD Neurologista - CRM/SC 8241 / RQE 5016 Rua Menino Deus, 63 - Sala 08 - F 48 99109-8241 Consultório - Baía Sul Medical Center CEP 88020-210 - Florianópolis - SC

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA
Nome: <u>CBD / THC 1:1</u> <u>full spectrum 600</u> Quantidade e Apresentação <u>5mg/ml - 2 frascos</u> Fôrm. / Farm. Concentr./Unid. Posologia <u>10 gotas 1x dia</u>

Data: 06 de junho de 20 Paciente: Aracely Soares

Assinatura do Emitente

Endereço: Alves de Brito

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Identidade nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome

Data