



Receituário de controle especial - 1ª via

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Dra. kelen Cuenca Fonseca CRM:132266-SP Endereço: Rua Barbacena, 256 Cidade: Guarulhos UF: SP Telefone: 11986222170	1a. via para retenção da farmácia ou drogaria 2a. via para orientação ao paciente
---	--

Paciente: Raphael Dos Santos

Idade: 7

Data: quinta, 12 de junho de 2025

Receituário

RUA SANTA HELENA 207
USO ORAL
CANABIDIOL FULLSPECTURUM 1500MG PT
10 GOTAS A NOITE , 5 GOTAS APOS JANTAR PARA 2 MESES

_____, _____ de
_____, _____ de _____.

Dra. Kelen Fonseca
CRM 132266
Pós Graduada em
Psiquiatria Adulto
e Infantil pelo MEC

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ RG: _____ Emissor: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR _____ Assinatura farmacêutico Data: ____/____/____
---	--

Assinatura farmacêutico
Data: ____/____/____