



Receituário de Controle Especial

Dados do Fornecedor

Unidade de Saúde _____
Nome do Médico _____ CRM _____
Identidade _____ Órgão Emissor _____
Endereço _____
Cidade _____ UF _____ Telefone () _____

Dados do Paciente

Cartão do SUS |
Nome Cirlei Oliveira da Costa Malhada
Endereço _____
Cidade _____ UF _____ Telefone () _____
Prescrição Óleo de Cannabis full spectrum
med Kanya 3000mg/Bone 02 fus
tomar os gotos 02x ao dia
14/10/24

Dr. Marcelo M. Netto
Médico
CRM: 52098237-7

Assinatura e Carimbo

Identificação do Comprador

Nome _____
Identificação _____ Org _____
Endereço _____
Cidade _____ UF _____
Telefone () _____

Assinatura do Farmacêutico

Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda
Rua 566, nº 31 – Bairro Nossa Senhora das Graças
Telefone: (24) 3339-9696 E-mail: gs.sms@epdvr.com.br