



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 Simone de Souza Ferraz Silva

Endereço _____

Cidade _____ UF _____ Telefone () _____

Prescrição Óleo de Cannabis full spectrum

CB1 + THC 600mg (1:1) 30ml - 02 fr

Imunizar 05 ghs 2x/dia.

14, 10, 24

Dr. Marcelo M. Netto

Médico

CRM: 3098287

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