

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B

UF **SP** NÚMERO **2510.2-35.00 449878**

DATA _____ DE _____ DE _____

Dra. Gabrielle Machado
Médica - CRM SP 162458
Psiquiatria Clínica

CARIMBO E ASSINATURA

PACIENTE: *Deborah M. Fereira*

ENDEREÇO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dra. Gabrielle Alves Machado

PSIQUIATRIA - CRM 162458

Av. Cristovão Goulart Marmo, 707
Centro - Adamantina - SP

MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA

CBD machado

QUANTIDADE E FORMA FARMACÊUTICA

2 pacotes

DOSE POR UNIDADE POSOLÓGICA

1500mg Full Spectrum

POSOLOGIA

9g - 0 - 115

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

IDENT. Nº: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ FONE: _____

CARIMBO DO FORNECEDOR

NOME DO VENDEDOR _____

DATA _____