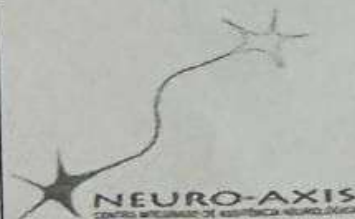


RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Centro Integrado de Assistência Neurológica
Endereço : SH Cd Veja Luxury SCN Q 01 Bl D Loja 13 a 15
CNPJ: 07.173.047/0001
CEP: 71711-040 Cidade:Brasília- DF
Telefone: 61- 99221-8106



1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente Ludmila Torquato Leodido

Endereço: Q 107 Lote 7 apt 204 Alameda dos Eucaliptos

Prescrição:

Uso oral e contínuo

CBD MedKaya 1500 mg full spectrum ----- 4 fr

Dar 15 gts pela manhã e 20 gts a noite

19/03/2025

Dra. Mariana Cabral Moraes
Neurologia
CRM 17512

Ass/Carimbo/Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO ____/____/____