



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 Elmar Custina Lopes Temporini

Endereço _____

Cidade _____ UF _____ Telefone () _____

Prescrição Uso oral: Contínuo

1) Extrato de Cannabix full spectrum Medkay9
CBD/THC 600+600 mg - 102 frascos, 30 ml

M77-7 Iniciar com 05 gotas 2x/dia.

04, 11, 24

Dr. Marcelo M. Netto

Médico

CRM: 32098237-7

Assinatura e Carimbo

Identificação do Comprador

Nome _____

Identificação _____ Org. _____

Endereço _____

Cidade _____ UF _____

Telefone () _____

Assinatura do Farmacêutico