

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: ITAPEMA - SC

Fone: _____



**Prefeitura de
Itapema**

Paciente: Solange Polzotto

Idade: _____

Recomendações

Prescrição

CBD oleo neekya 1500 — 01
10 g 12/12 hs sub linguál

30
05
23

Data: 1 / 1 / 1

Dr. Uendel Pereira da Silva
CRM SC 29642 - MFC/RQE 22309
Pós Graduação em Psiquiatria
Membro da Associação Brasileira de Psiquiatria

Carimbo e Ass. do Profissional de Saúde

IDENTIFICADOR DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Nome: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico