

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Dra Aline Sobral de Souza CRM/SP 188.568 Rua Dona Maria Josepha de Souza Manente nº 126 Jardim Faculdade - Sorocaba - SP Telefone (15)99195-3536		RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL VIA PACIENTE ASSINATURA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Dra Aline Sobral de Souza CRM/SP 188.568 Rua Dona Maria Josepha de Souza Manente nº 126 Jardim Faculdade - Sorocaba - SP Telefone (15)99195-3536		RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL VIA FARMACIA ASSINATURA	
LORENZO MARQUES BRONZE CPF: 514.091.168-08 Idade: 10 anos Sexo: Male Endereço: Não informado Prescrição: Uso interno Canabidiol, 100mg/ml + Solução 30 MI DAR 0.1 ML DE 12/12H POR 15 DIAS, APÓS DAR 0.2 ML E 12/12H, TODOS OS DIS		Embalagem - 2 un.		LORENZO MARQUES BRONZE CPF: 514.091.168-08 Idade: 10 anos Sexo: Male Endereço: Não informado Prescrição: Uso interno Canabidiol, 100mg/ml + Solução 30 MI DAR 0.1 ML DE 12/12H POR 15 DIAS, APÓS DAR 0.2 ML E 12/12H, TODOS OS DIS		Embalagem - 2 un.	
05/08/2026 Data Documento assinado com certificado digital. Para validar o documento, acesse o site: https://validar.iti.gov.br Clique no botão Escolher Escolha este arquivo e clique em Validar.		Assinatura do Emitente		05/08/2026 Data Documento assinado com certificado digital. Para validar o documento, acesse o site: https://validar.iti.gov.br Clique no botão Escolher Escolha este arquivo e clique em Validar.		Assinatura do Emitente	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ RG: _____ Orgão Emissor: _____ Endereço: _____ Cidade e UF: _____ Telefone: _____		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Assinatura do Farmacêutico ____/____/____		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ RG: _____ Orgão Emissor: _____ Endereço: _____ Cidade e UF: _____ Telefone: _____		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Assinatura do Farmacêutico ____/____/____	