

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: RJ NÚMERO: 33-C 474063 A

Data: _____ de _____ de _____

Silvia Disitzer
CRM RJ 5238473-1

[Assinatura]

Assinatura do Emitente

Paciente:

Evelyn Disitzer

Endereço:

Silvia Disitzer
CRM RJ 5238473-1
Rua Mena Barreto, 50 - Casa
Tel.: (21) 999673495

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA

Medikado 1% THC + 1%
Nome: CBD + THC - 30ml

2 frascos

Usar 2 ml ao dia
dispensar 60 ml

Forma Farm. / Concent. pr. unid. posologia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Endereço:

Identidade Nº

Órgão Emissor:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome

Data