

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

VIA DIGITAL
VERSÃO 2.0
<https://www.sa.gov.br/portal/pt-br/sa>

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: GEOVANE PORTO MASSA VIANA

CRM: 20153

UF: BA

ENDEREÇO COMPLETO:

Rua Alberto Costa, nº 101, Barra

CIDADE: SALVADOR

UF: BA

TELEFONE:

DATA: 24/02/20



Logo do local de
atendimento
(imagem)

Geovane P. Massa Viana
Neurologia

CRM 20153
ASSINATURA MEDICO(A)

NOME PACIENTE: ARTHUR OLIVEIRA PEDROSO

ENDEREÇO COMPLETO:

PRESCRIÇÃO:

EXTRATO DE CANNABIS CBD 10% 100mg/ml - FULL SPECTRUM — 30ml

5 gts 2x ao dia, após as refeições.

aumentar 1 gota a cada 3 dias até dose de 10 gts.

CONTATO FARMACIA - 21 99782-4200

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO:

RG:

ORGÃO EMISSOR:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME FARMACÊUTICO(A):

CRF:

UF:

NOME FARMACIA:

ENDEREÇO:

CIDADE:

UF:

CNPJ:

TELEFONE:

ASSINATURA FARMACÊUTICO(A)