

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CENTRAL DE ATENDIMENTO: (61) 3326-2000 | WhatsApp para agendamento de consultas: (31) 3003-9855

OC Oncoclínicas Aliança Águas Claras | CNPJ: 09.104.513/0001-47 | QS 03, Lote 03, Loja 21 - Térreo - Ed. Pálio Capital | CEP: 71953-000

OC Hematologia | CNPJ: 09.104.513/0004-60 | SGAS 915, Lote 68A, Salas 120 a 123, Centro Clínico Advance 2nd | CEP: 70.390-150

OC Oncoclínicas Aliança Asa Norte | CNPJ: 09.104.513/0002-08 | SMN Od. 02, Bloco C, Salas 1310 a 1313 e 1505 e 1517 - Ed. Dr. Crispim | CEP: 70.710-149

OC Oncoclínicas Aliança Gama | CNPJ: 09.104.513/0005-40 | Od. 03, Conjunto F, Lote 12, Setor Sul | CEP: 72.410-200

PACIENTE: Monique B. RangelENDEREÇO: SHV and. forma 2PRESCRIÇÃO: uso oral

① CBD full spectrum 1.500 mg/100ml
(diluição Hemp Seed Oil) — 03 f.

tomar 15 gotas pela manhã
e 15 gotas à noite.

17/12/25

Dra. Meliane T. Cardoso
Reumatologista
CRM-DF 16.006 / RQE 14.548

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

Responsável técnica:
Dra. Gabrielle Scattolin | CRM-DF 15593

grupeoncoclinicas.com

