

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

VIA DIGITAL
VALIDAR EM:
<https://assinaturadigital.iti.gov.br>

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: GEOVANE PORTO MASSA VIANA

CRM: 26153

UF: BA

ENDEREÇO COMPLETO:

Rua Afonso Celso, nº 161, Barra

CIDADE: SALVADOR

UF: BA

TELEFONE:

DATA: 28/04/26



Logo do local de
atendimento
(imagem)

Geovane P. Massa Viana
Neurologia
CRM 26.153 BA

ASSINATURA MÉDICO(A)

NOME PACIENTE: BRENO NASCIMENTO DOS SANTOS

ENDEREÇO COMPLETO:

PRESCRIÇÃO:

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

8 gts 2x ao dia, realizar o escalonamento.

DISPENSAR PARA 3 MESES

CONTATO FARMACIA - 21 99782-4200

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO:

RG:

ÓRGÃO EMISSOR:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME FARMACÉUTICO(A):

CRF:

UF:

NOME FARMÁCIA:

ENDEREÇO:

CIDADE:

UF:

CNPJ:

TELEFONE:

ASSINATURA FARMACÉUTICO(A)