

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

VIA DIGITAL

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: Carolina Silva Chaves

CRM: 25656

UF: SC

ENDEREÇO COMPLETO: R. Irmã Bernwarda, 83, Ed. HS Prime – 8º andar

CIDADE: Florianópolis

UF: SC

TELEFONE: 48 99177 7772

DATA: 30/04/24



Logo do local de
atendimento
(imagem)

CAROLINA SILVA

CHAVES:02137671

042

Assinado de forma digital por
CAROLINA SILVA
CHAVES:02137671042
Dados: 2024.04.30 15:32:46 -03'00'

ASSINATURA MÉDICO(A)

NOME PACIENTE: Gustavo Costa Pereira

ENDEREÇO COMPLETO: Rua da Escova da Garrafa, 93, Cachoeira do Bom Jesus – Florianópolis/SC

PRESCRIÇÃO:

Uso Oral (Sublingual)

1 - CBD Medkaya fullspectrum 3000mg ----- 01 fr de 30ml/mês

Tomar 04 gotas após o café da manhã e 04 gotas após o lanche da tarde por cinco dias.

Após, tomar 06 gotas após o café da manhã e 06 gotas após o lanche da tarde por mais cinco dias.

Por fim, tomar 08 gotas após o café da manhã e 08 gotas após o lanche da tarde.(total aproximado de 50mg CBD / dia)

* Entrar em contato para esclarecer dúvidas e ao aparecimento de qualquer efeito colateral.

* Este medicamento é de uso estritamente pessoal, sendo intransferível e proibida a sua entrega a terceiros, doação, venda ou qualquer outra utilização diferente da indicada;

* Esta prescrição deve ser mantida junto ao medicamento, sempre que em trânsito, dentro ou fora do Brasil.

* Validade da prescrição: 3 meses

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO:

RG:

ÓRGÃO EMISSOR:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME FARMACÊUTICO(A):

CRF:

UF:

NOME FARMÁCIA:

ENDEREÇO:

CIDADE:

UF:

CNPJ:

TELEFONE:

ASSINATURA FARMACÊUTICO(A)

DADOS DO(S) PRODUTO(S) DISPENSADOS

NOME DO MEDICAMENTO: _____

LABORATÓRIO: _____

NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE DE CAIXAS: _____

NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: _____
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

NOME DO MEDICAMENTO: _____

LABORATÓRIO: _____

NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE DE CAIXAS: _____

NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: _____
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

NOME DO MEDICAMENTO: _____

LABORATÓRIO: _____

NÚMERO DO LOTE: _____ QUANTIDADE DE CAIXAS: _____

NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: _____
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

INFORMAÇÕES SOBRE INTERCAMBIALIDADE

O MEDICAMENTO _____
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO _____,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

O MEDICAMENTO _____
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO _____,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

O MEDICAMENTO _____
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO _____,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

PARA DISPENSAÇÃO MANUAL

DATA: _____

ASSINATURA DO COMPRADOR: _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO: _____