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: Clínica Neurovinci

Av. Marechal Castelo Branco, 65

CIDADE: São José UF: SC

TELEFONE: 48 3372 3835 DATA: 03/03/25

Logo do local de atendimento (imagem)

Assinado de forma digital por CAROLINA SILVA CHAVES:02137671042
Dados: 2025.03.03 15:13:02 -03'00'

ASSINATURA MÉDICO(A)

NOME PACIENTE: Karin Priscilla Coelho de Oliveira

ENDEREÇO COMPLETO: Rua Princesa Isabel, 360, sala 2, Forquilhinha, CEP 88106-730, Sao Jose - SC

PRESCRIÇÃO:

Uso Oral (Sublingual)

1 - CBD fullspectrum 3000mg Medkaya ------ 02 fr de 30ml

Tomar 04 gotas após o almoço por cinco dias.
Após, tomar 06 gotas após o almoço por mais cinco dias.
Por fim, tomar 10 gotas após o almoço. (total aproximado de 33mg 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: _____