

Receita de Controle Especial

1.ª via — Retenção da Farmácia ou Drograria

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: DANIEL PEREIRA DE LIMA RONDON
CRM: CRM/SC: 20982
End.: ROD FRANCISCO FAUSTO MARTINS, S/N, CONF SC 401 E SC 403,
Cidade: FLORIANOPOLIS - UF: SANTA CATARINA
Telefone: (48) 3266-7063



0101781927



Dados do Paciente

Nome: DANIELA CRISTINA FALCAO ALVES RONDON (1235991)
Nome Social:

CNS: 702602217525749 CPF: 002.148.071-00

Nome da Mãe: JOCINEIDE FALCAO ALVES PINTO

Nascimento: 28/06/86

Idade: 39 Anos

Endereço: RUA PROFESSOR RENATO BARBOSA, 331, JURERE, FLORIANOPOLIS - SC

ÓLEO FULL SPECTRUM USA THCIQBD 600MG MEDKAYA ORAL

Posologia: Tomar 10 gotas pela manhã, 10 gotas após o almoço e 10 gotas ao
anoitecer, pelo menos 2h antes
de deitar. Uso contínuo (5 mg /dia) até reavaliação.

Quantidade Prescrita: 4 FRASCO(S)

Dr. Daniel Rondon
CRM/SC 20982
Médico de Família e Comunidade RQE 12.160

DANIEL PEREIRA DE LIMA RONDON
CRM/SC: 20982

Data: 07/07/2025

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
CPF:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data

Receita de Controle Especial

2.ª via — Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: DANIEL PEREIRA DE LIMA RONDON
CRM: CRM/SC: 20982
End.: ROD FRANCISCO FAUSTO MARTINS, S/N, CONF SC 401 E SC 403,
Cidade: FLORIANOPOLIS - UF: SANTA CATARINA
Telefone: (48) 3266-7063



0101781927



Dados do Paciente

Nome: DANIELA CRISTINA FALCAO ALVES RONDON (1235991)

Nome Social:

CNS: 702602217525749 CPF: 002.148.071-00

Nome da Mãe: JOCINEIDE FALCAO ALVES PINTO

Idade: 39 Anos

Nascimento: 28/06/86

Endereço: RUA PROFESSOR RENATO BARBOSA, 331, JURERE, FLORIANOPOLIS - SC

ÓLEO FULL SPECTRUM USA THCIQBD 600MG MEDKAYA ORAL

Posologia: Tomar 10 gotas pela manhã, 10 gotas após o almoço e 10 gotas ao
anoitecer, pelo menos 2h antes
de deitar. Uso contínuo (5 mg /dia) até reavaliação.

Quantidade Prescrita: 4 FRASCO(S)

Dr. Daniel Rondon
CRM/SC 20982
Médico de Família e Comunidade RQE 12.160

DANIEL PEREIRA DE LIMA RONDON
CRM/SC: 20982

Data: 07/07/2025

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
CPF:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data