

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: 19/12/23



Logo do local de
atendimento
(imagem)

Assinado de forma digital por
CAROLINA SILVA
CHAVES:02137671042
Dados: 2023.12.19 16:43:06 -03'00'

ASSINATURA MÉDICO(A)

NOME PACIENTE: Luciano Guimarães Só de Castro

ENDEREÇO COMPLETO: Rua Aqueduto, 325, Casa B36, Estados – Balneário Camboriú/SC CEP: 88339-090

PRESCRIÇÃO:

Uso Oral (Sublingual)

1 - MEDKAYA fullspectrum USA 1200mg CBD + 1200mg CBG ----- 01 fr de 30ml

Tomar 0,25 ml após o café da manhã e 0,25ml após o jantar por cinco dias.

Por fim, tomar 0,5ml após o café da manhã e 0,5ml após o jantar. (total aproximado de 20mg CBD e 20mg CBG / dia)

- * Avaliar o resultado inicial do tratamento dentro de 15 dias;
- * 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.

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: _____