

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). VITOR CAMILO CAVALCANTE DATTOLI

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - RQE nº 20555

CRM: 36584 - BA

Endereço: Flamboyants, 429, Maraú - BA

Telefone: (73) 99963-6959

Cidade: Maraú

UF: BA

Data de Emissão: 27/02/2024

Data de Validade: 28/03/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Matheus Fillipi Santiago Soares

Endereço: (não informado)

1. **MedKaya - Extrato rico em CBD (full spectrum) 3000mg/30ml ----- 1 frasco/bimensal**

Uso sublingual

Pingar 7 gotas/manhã e noite

Orientações

1 - uso sublingual, deglutir após 1 minuto

2 - preferencialmente utilizar após refeições

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____



Receituário de Controle Especial

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por VITOR CAMILO CAVALCANTE DATTOLI em 27/02/2024 08:19, conforme MP nº 2.200-2/2001 e Resolução CFM nº 2.299/2021.

A assinatura digital deste documento poderá ser verificada em <https://validar.iti.gov.br/>

Farmacêutico, realize a dispensação em: <https://prescricao.cfm.org.br/api/documento>

Acesse o documento em: https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



Código: CFMiTdbxCd

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). VITOR CAMILO CAVALCANTE DATTOLI

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - RQE nº 20555

CRM: 36584 - BA

Endereço: Flamboyants, 429, Maraú - BA

Telefone: (73) 99963-6959

Cidade: Maraú

UF: BA

Data de Emissão: 27/02/2024

Data de Validade: 28/03/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Matheus Fillipi Santiago Soares

Endereço: (não informado)

1. **MedKaya - Extrato rico em CBD (full spectrum) 3000mg/30ml ----- 1 frasco/bimensal**

Uso sublingual

Pingar 7 gotas/manhã e noite

Orientações

1 - uso sublingual, deglutir após 1 minuto

2 - preferencialmente utilizar após refeições

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____



Receituário de Controle Especial

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por VITOR CAMILO CAVALCANTE DATTOLI em 27/02/2024 08:19, conforme MP nº 2.200-2/2001 e Resolução CFM nº 2.299/2021.

A assinatura digital deste documento poderá ser verificada em <https://validar.iti.gov.br/>

Farmacêutico, realize a dispensação em: <https://prescricao.cfm.org.br/api/documento>

Acesse o documento em: https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



Código: CFMiTdbxCd