

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: 16/12/24



Logo do local de
atendimento
(imagem)

Assinado de forma digital por
CAROLINA SILVA
CHAVES:02137671042
Dados: 2024.12.16 14:43:05 -03'00'

ASSINATURA MÉDICO(A)

NOME PACIENTE: Camilla De Almeida Silveira Ribeiro

ENDEREÇO COMPLETO: Rua São Vicente de Paula, 194, Agrônômica, CEP 88025-330, Florianópolis - SC

PRESCRIÇÃO:

Uso Oral (Sublingual)

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

Tomar 06 gotas após o café da manhã e 03 gotas após o jantar. (total aproximado de 30mg 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: 6 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)