

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). KELLEY NASCIMENTO ANDRADE

CPF: 026.805.369-32 CRM: 49299 - PR

Endereço: Rua Silveira Peixoto, 950, Sala 65 - Edifício Memphis Tower Batel,
Água Verde, Curitiba - PR

Telefone: (41) 99949-6676

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 16/09/2025

Data de Validade: 16/10/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Luan Fontana Zanin

Endereço:

Sexo: N

1. **GUMMY MEDKAYA** 10mg CBD + 10mg THC ----- 2 Frascos

uso oral

Tomar 1/4 ou 1/2 de gummie se sobrecarga sensorial/ dor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (_____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____

ASSINATURA ELETRÔNICA
QUALIFICADA



Conforme
MP 2.200-2/01
e Lei 14.063/20

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por KELLEY NASCIMENTO ANDRADE em 16/09/2025 21:49, conforme MP nº 2.200-2/2001, Resolução Nº CFM 2.299/2021 e Resolução CFM Nº 2.381/2024.

O documento médico poderá ser validado 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



CFMP-RE-64AXTW79

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). KELLEY NASCIMENTO ANDRADE

CPF: 026.805.369-32 CRM: 49299 - PR

Endereço: Rua Silveira Peixoto, 950, Sala 65 - Edifício Memphis Tower Batel,
Água Verde, Curitiba - PR

Telefone: (41) 99949-6676

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 16/09/2025

Data de Validade: 16/10/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Luan Fontana Zanin

Endereço:

Sexo: N

1. **GUMMY MEDKAYA** 10mg CBD + 10mg THC ----- 2 Frascos

uso oral

Tomar 1/4 ou 1/2 de gummie se sobrecarga sensorial/ dor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (_____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____

ASSINATURA ELETRÔNICA
QUALIFICADA



Conforme
MP 2.200-2/01
e Lei 14.063/20

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por KELLEY NASCIMENTO ANDRADE em 16/09/2025 21:49, conforme MP nº 2.200-2/2001, Resolução Nº CFM 2.299/2021 e Resolução CFM Nº 2.381/2024.

O documento médico poderá ser validado 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



CFMP-RE-64AXTW79