

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome:

Anderson Souza Silva Peres

CRM:

36604 RS

Endereço:

Avenida presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, 2905 - Apartamento 302 - Bloco A

Telefone:

(58) 98134-0281

Cidade e UF:

Pelotas - RS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 23/09/2024
1a. via farmácia
2a. via paciente

REGINA CELIA GUISELINI
CPF: 068.589.828-84
Endereço: Rua Felipe Spadaccia, 7 - Vila Boa Esperança, Valinhos/SP

ASSINATURA

Fórmula

1 embalagem

Óleo Medicinal Integral de Cannabis Predominante em CBD 3000mg Óleo CBD full spectrum MEDKAYA - (100mg/mL - 2,5mg/gota) 1 FR de 30 mL(1un)

Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar): Semana 1: Tomar 2 gotas após o café da manhã e 2 gotas após a janta, diariamente (total aproximado de 10mg/dia); Semana 2: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 4 gotas após a janta, diariamente (total aproximado de 20mg/dia).
Na sequência, manter a dose informada e consultar com o médico prescritor.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG:

Endereço:

Telefone:

Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Anderson Souza Silva Peres
CRM: 36604 RS
Endereço: Avenida presidente Juscelino
Kubitschek de Oliveira, 2905 -
Apartamento 302 - Bloco A
Telefone: (58) 98134-0281
Cidade e UF: Pelotas - RS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 23/09/2024
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

REGINA CELIA GUISELINI

CPF: 068.589.828-84

Endereço: Rua Felipe Spadaccia, 7 - Vila Boa Esperança, Valinhos/SP

Fórmula

1 embalagem

Óleo Medicinal Integral de Cannabis Predominante em CBD 3000mg Óleo CBD full spectrum MEDKAYA -
(100mg/mL - 2,5mg/gota) 1 FR de 30 mL(1un)
Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar): Semana 1: Tomar 2 gotas após o café da manhã e 2 gotas após a janta,
diariamente (total aproximado de 10mg/dia); Semana 2: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 4 gotas
após a janta, diariamente (total aproximado de 20mg/dia).

Na sequência, manter a dose informada e consultar com o médico prescritor.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
RG:
Endereço:
Telefone:
Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO