

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ANA CARLA MORONG

CPF: 013.541.612-46 CRM: 37553 - SC

Endereço: Travessa do Motorista, 82, Canto, Florianópolis - SC

Telefone: (48) 99946-0336

Cidade: Florianópolis

UF: SC

Data de Emissão: 02/02/2026

Data de Validade: 04/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria Salete Casett

Endereço:

Sexo: Feminino Idade: 72

1. TRATAMENTO COM FITOCANABINÓIDES 1

CANNABIS MEDKAYA- EXTRATO RICO EM CANABINÓIDES CBD 5%+ THC 0,2%+ TCM+
VIT.E_____ 3 FRASCOS

Aplicar 35 gotas em região sublingual aguardar 30 segundo e deglutir , 2 vezes ao dia
por 2 meses , alterar dose conforme orientações medicas

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 ANA CARLA MORONG em
02/02/2026 13:12, 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-P4GKGQYJ

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ANA CARLA MORONG

CPF: 013.541.612-46 CRM: 37553 - SC

Endereço: Travessa do Motorista, 82, Canto, Florianópolis - SC

Telefone: (48) 99946-0336

Cidade: Florianópolis

UF: SC

Data de Emissão: 02/02/2026

Data de Validade: 04/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria Salete Casett

Endereço:

Sexo: Feminino Idade: 72

1. TRATAMENTO COM FITOCANABINÓIDES 1

CANNABIS MEDKAYA- EXTRATO RICO EM CANABINÓIDES CBD 5%+ THC 0,2%+ TCM+
VIT.E_____ 3 FRASCOS

Aplicar 35 gotas em região sublingual aguardar 30 segundo e deglutir , 2 vezes ao dia
por 2 meses , alterar dose conforme orientações medicas

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 ANA CARLA MORONG em
02/02/2026 13:12, 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-P4GKGQYJ