

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
NOME COMPLETO:GEOVANE VIANA CRM: 26153UF: BA ENDEREÇO:- DATA:04/06/2026	 ASSINATURA MÉDICO(A)

DR. GEOVANE VIANA

CRM:26153-BA

PACIENTE:SONIA MARIA BRITO SALES DE CAMPOS

CPF:641.029.395-04

PRESCRIÇÃO:

FÓRMULA CBD CBG THC

5 GTS SOLUÇÃO ORAL A CADA 12 H

OBS:MEDKAYA 20MG/ML CBD + 40MG/ML CBG + 20MG/ML THC - EXTRATO INTEGRAL (FULLSPECTRUM) DE CANNABIS COM CBD 2% + THC 2% + CBG 4% + <0,1% CANABINÓIDES MENORES + <0,1% BETA-CARIOFILENO + 0,03% VITAMINA E (TOCOFEROL) + EXCIPIENTE TCM

POSOLOGIA AUMENTE 1 GOTA A CADA 3 DIAS ATÉ DOSE DE 20 GOTAS A NOITE SE AINDA SEM SONO REGULAR.

APÓS ESTABELECIDADA DOSE NOTURNA ACRESCENTE UMA DOSE DIURNA DE 3 GOTS

APÓS O CAFE SE AINDA GEMENTE, E AUMENTE CONFORME RESPOSTA CLÍNICA ATÉ 10 GTS.

CONTATE A EQUIPE SE DÚVIDAS.

FARMÁCIA - (21) 99782-4200

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME COMPLETO: RG: ORGÃO EMISSOR: ENDEREÇO COMPLETO: CIDADE:UF: TELEFONE:	NOME FARMACÉUTICO(A): CRF:UF: NOME FARMÁCIA: ENDEREÇO: CIDADE:UF: CNPJ: TELEFONE: ASSINATURA FARMACÊUTICO(A)

Validar Documento

Escaneie o QR code abaixo e realize a validação do documento.

Ou clique no link abaixo para abrir o documento diretamente.



[Clique aqui para validar o documento](#)

ASSINATURAS DIGITAIS DO DOCUMENTO

O documento eletrônico, incluindo a(s) sua(s) assinatura(s), contém 3 páginas e foi produzido para ser assinado digitalmente, mediante o uso de certificados digitais ICP-Brasil, de acordo com os termos do Art. 10, § 1º, da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.

Documento assinado digitalmente por: