

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MARÍLIA TERRA VIEIRA FASCIANI

CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 15439

GERIATRIA - RQE nº 18505

CRM: 21834 - DF

Endereço: Via L2 Norte SGAN 610 Módulos DEF e G, Asa Norte, Brasília - DF

Cidade: Brasília

UF: DF

Data de Emissão: 07/07/2026

Data de Validade: 06/08/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Danilda Borges dos Santos

Endereço: Rua 08 chácara 184 A casa 12 A Vicente Pires – DF

1. **ÓLEO CBD MEDKAYA THC USA 600MG 1:1 600mg** ----- TRES FRASCOS

Tomar 9 gotas de manhã e e 9 gotas a noite - SUBLINGUAL. COM PREVISÃO DE AJUSTE CONTÍNUO

2. **ÓLEO CBD MEDKAYA FULLSPECTRUM USA 1500mg** ----- QUATRO FRASCOS

Tomar 17 gotas de manha, 4 gotas após o almoço e 17 gotas a noite - sublingual. COM PREVISÃO DE AJUSTE CONTÍNUO

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 MARÍLIA TERRA VIEIRA FASCIANI em 07/07/2026 14:20, 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/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-JYCPTV2U

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MARÍLIA TERRA VIEIRA FASCIANI

CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 15439

GERIATRIA - RQE nº 18505

CRM: 21834 - DF

Endereço: Via L2 Norte SGAN 610 Módulos DEF e G, Asa Norte, Brasília - DF

Cidade: Brasília

UF: DF

Data de Emissão: 07/07/2026

Data de Validade: 06/08/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Danilda Borges dos Santos

Endereço: Rua 08 chácara 184 A casa 12 A Vicente Pires – DF

1. **ÓLEO CBD MEDKAYA THC USA 600MG 1:1 600mg** ----- TRES FRASCOS

Tomar 9 gotas de manhã e e 9 gotas a noite - SUBLINGUAL. COM PREVISÃO DE AJUSTE CONTÍNUO

2. **ÓLEO CBD MEDKAYA FULLSPECTRUM USA 1500mg** ----- QUATRO FRASCOS

Tomar 17 gotas de manha, 4 gotas após o almoço e 17 gotas a noite - sublingual. COM PREVISÃO DE AJUSTE CONTÍNUO

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 MARÍLIA TERRA VIEIRA FASCIANI em 07/07/2026 14:20, 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/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-JYCPTV2U