RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

VIA DIGITAL
VALIDAR EM:
https://assinaturadigital.iti.gov.br

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: Leopoldo Morais Neto

CRM: 219004 UF: SP

ENDEREÇO COMPLETO:

Rua Dr. Esteves da Silva, 468 - Ubatuba - Sao Paulo - SP // Tele-consulta

CIDADE: UF:

TELEFONE: (21)99889-2541 DATA: 10/06/26

Logo do local de atendimento (imagem)

36082179-10b9-4b7e-82d2-d02760741eba

Assinado de forma digital por 36082179-10b9-4b7e-82d2-d02760741eba
Dados: 2026.06.10 15:12:21 -03'00'

ASSINATURA MÉDICO(A)

NOME PACIENTE: GIOVANNA F SILVEIRA RODRIGUES SANTOS

ENDEREÇO COMPLETO:

PRESCRIÇÃO:

. Uso sublingual

1) Medkaya - Extrato integral de Cannabis sativa L. (<0,3% THC) - HSO - 3000mg / 30ml ------ (uso contínuo)

Manter 8 gotas, 2x/dia.

Cálculo para dispensação - 1ml, 2x/dia.
- Sujeito à ajuste de dose

Observações:
Agite bem antes de usar;

Administrar com no mínimo 1h antes de qualquer medicamento alopático;

Administrar 30 minutos depois das refeições.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO:

RG:

ÓRGÃO EMISSOR:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE: UF:

TELEFONE:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

NOME FARMACÊUTICO(A):

CRF: UF:

NOME FARMÁCIA:

ENDEREÇO:

CIDADE: UF:

CNPJ: TELEFONE:

ASSINATURA FARMACÊUTICO(A)

DADOS DO(S) PRODUTO(S) DISPENSADOS

NOME DO MEDICAMENTO:

LABORATÓRIO:

NÚMERO DO LOTE: QUANTIDADE DE CAIXAS:

NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO:
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

NOME DO MEDICAMENTO:

LABORATÓRIO:

NÚMERO DO LOTE: QUANTIDADE DE CAIXAS:

NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO:
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

NOME DO MEDICAMENTO:

LABORATÓRIO:

NÚMERO DO LOTE: QUANTIDADE DE CAIXAS:

NÚMERO DE REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO:
(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

INFORMAÇÕES SOBRE INTERCAMBIALIDADE

O MEDICAMENTO
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO ,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

O MEDICAMENTO
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO ,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

O MEDICAMENTO
FOI SUBSTITUÍDO PELO GENÉRICO ,
DE ACORDO COM A LEI 9787/99.

PARA DISPENSAÇÃO MANUAL

DATA: _____

ASSINATURA DO COMPRADOR: _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO: _____