

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). CARLOS GUILHERME SUÁREZ FARIÑA TELES DA SILVA

NEUROLOGIA - RQE nº 24579

CPF: 088.319.367-19 CRM: 52-806897 - RJ

Endereço: Avenida Doutor Mário Guimarães, 318, 602, Centro, Nova Iguaçu - RJ

Telefone: (21) 99987-7331

Cidade: Nova Iguaçu

UF: RJ

Data de Emissão: 14/08/2026

Data de Validade: 13/09/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: MARIA LUIZA ALVES SANTOS

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **PRODUTO DE CANNABIS MEDKAYA - EXTRATO RICO EM CANABINÓIDES - BROAD SPECTRUM**

Solução a 10% ----- 3 Frascos de 30ml

Administrar 20 gotas de 12/12 horas.

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 CARLOS GUILHERME SUÁREZ FARIÑA TELES DA SILVA em 14/08/2026 20:42, 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-EBZ44NQK

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). CARLOS GUILHERME SUÁREZ FARIÑA TELES DA SILVA

NEUROLOGIA - RQE nº 24579

CPF: 088.319.367-19 CRM: 52-806897 - RJ

Endereço: Avenida Doutor Mário Guimarães, 318, 602, Centro, Nova Iguaçu
- RJ

Telefone: (21) 99987-7331

Cidade: Nova Iguaçu

UF: RJ

Data de Emissão: 14/08/2026

Data de Validade: 13/09/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: MARIA LUIZA ALVES SANTOS

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. PRODUTO DE CANNABIS MEDKAYA - EXTRATO RICO EM CANABINÓIDES - BROAD SPECTRUM

Solução a 10% ----- 3 Frascos de 30ml

Administrar 20 gotas de 12/12 horas.

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 CARLOS GUILHERME SUÁREZ FARIÑA TELES DA SILVA em 14/08/2026 20:42, 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-EBZ44NQK