

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

|                                                                                   |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>                                                  |                                                   |
|  | <b>GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL</b>                |
|                                                                                   | <b>SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE</b>              |
|                                                                                   | Endereço: Setor de Áreas Isoladas Norte - Bloco B |
|                                                                                   | Brasília - DF - CEP: 70086-900                    |
| Unidade de Saúde:                                                                 |                                                   |

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Nome: Miguel Ferreira Martins Xavier

REG:

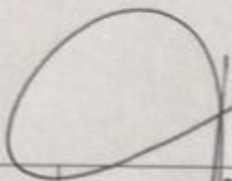
Endereço: Rua 20 cj B casa 18, Residencial Bosque, São Sebastiao

## Uso Oral:

Óleo de Cannabis Sativa - Full Spectro-MedKaya ao 10%- 2fr

Tomar 3 gotas, 3 vezes ao dia, uso contínuo e ajustes conforme indicação médica

Brasília, 19/12/2022

  
**Fernando Cerqueira**  
MED. DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE  
CRM-DF 20945

Ass./Carimbo/Médico

| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR        | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR                                                     |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: _____                       | <div>Assinatura do Farmacêutico</div> <div>_____<br/>Data: ____/____/____</div> |
| Ident.: _____ Órg. Emissor: _____ |                                                                                 |
| Endereço: _____                   |                                                                                 |
| Cidade: _____ UF: _____           |                                                                                 |
| Telefone: _____                   |                                                                                 |