

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MANUELA MARQUES BATISTA

CPF: 12017909726 CRM: 96048 - MG

Endereço: Rua Rio de Pedra, 20, Morro São Sebastião, Ouro Preto - MG

Telefone: (21) 96695-2251

Cidade: Ouro Preto

UF: MG

Data de Emissão: 08/09/2023

Data de Validade: 08/10/2023

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria Paula Fernandes Cardozo da Silva

Endereço: (não informado)

Sexo: Feminino **Idade:** 24

1. **MedKaya CBD** ----- 1

USO ORAL

1 - Óleo Full Spectrum Medkaya 3000 mg/ 30 ml Europa (6 frascos) -----
usar 3 gotas sublingual pós café, 3 pós almoço e 5 pós jantar.

– Ajustar conforme orientação médica –

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____



Receituário de Controle Especial

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por MANUELA MARQUES BATISTA em 08/09/2023 17:31, conforme MP nº 2.200-2/2001 e Resolução CFM nº 2.299/2021.

A assinatura digital deste documento poderá ser verificada em <https://validar.iti.gov.br/>

Farmacêutico, realize a dispensação em: <https://prescricao.cfm.org.br/api/documento>

Acesse o documento em: https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



Código: CFMbgLKmVY

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MANUELA MARQUES BATISTA

CPF: 12017909726 CRM: 96048 - MG

Endereço: Rua Rio de Pedra, 20, Morro São Sebastião, Ouro Preto - MG

Telefone: (21) 96695-2251

Cidade: Ouro Preto

UF: MG

Data de Emissão: 08/09/2023

Data de Validade: 08/10/2023

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria Paula Fernandes Cardozo da Silva

Endereço: (não informado)

Sexo: Feminino Idade: 24

1. MedKaya CBD ----- 1

USO ORAL

1 - Óleo Full Spectrum Medkaya 3000 mg/ 30 ml Europa (6 frascos) -----
usar 3 gotas sublingual pós café, 3 pós almoço e 5 pós jantar.

– Ajustar conforme orientação médica –

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____



Receituário de Controle Especial

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por MANUELA MARQUES BATISTA em 08/09/2023 17:31, conforme MP nº 2.200-2/2001 e Resolução CFM nº 2.299/2021.

A assinatura digital deste documento poderá ser verificada em <https://validar.iti.gov.br/>

Farmacêutico, realize a dispensação em: <https://prescricao.cfm.org.br/api/documento>

Acesse o documento em: https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



Código: CFMbgLKmVY