

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: 14/07/2023

Data de Validade: 13/08/2023

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: José Alexandre Marchetti

Endereço: (não informado)

Sexo: Masculino Idade: 24

1. MedKaya CBD ----- 1

USO ORAL

1 - Óleo Full Spectrum Medkaya 1500 mg/ 30 ml Europa (3 frascos) -----
usar 1 gotas sublingual pós café, pós almoço e pós jantar.

1º dia ----- 1 gota à noite

2º dia ----- 1 gota após o almoço, 1 gota à noite

3º dia ----- 1 gota após o café, 1 gota após o almoço e 1 gota à noite.

4º dia ----- 1 gota pós café, 1 gota pós almoço, 2 gotas à noite.

5º dia ----- 1 gota pós café, 2 gotas pós almoço, 2 gotas à noite.

6º dia ----- 2 gotas pós café, 2 gotas pós almoço, 2 gotas à noite.

Manter nos outros dias conforme o sexto dia.

- 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 14/07/2023 19:07, 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: CFMtMPaZAG

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: 14/07/2023

Data de Validade: 13/08/2023

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: José Alexandre Marchetti

Endereço: (não informado)

Sexo: Masculino Idade: 24

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

USO ORAL

1 - Óleo Full Spectrum Medkaya 1500 mg/ 30 ml Europa (3 frascos) -----
usar 1 gotas sublingual pós café, pós almoço e pós jantar.

1º dia ----- 1 gota à noite

2º dia ----- 1 gota após o almoço, 1 gota à noite

3º dia ----- 1 gota após o café, 1 gota após o almoço e 1 gota à noite.

4º dia ----- 1 gota pós café, 1 gota pós almoço, 2 gotas à noite.

5º dia ----- 1 gota pós café, 2 gotas pós almoço, 2 gotas à noite.

6º dia ----- 2 gotas pós café, 2 gotas pós almoço, 2 gotas à noite.

Manter nos outros dias conforme o sexto dia.

– 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 14/07/2023 19:07, 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: CFMtMPaZAG