

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MARCELO MOREN NETTO

CRM: 52-982377 - RJ

Endereço: Rua Dezesseis, 109, Loja 112, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Telefone: (24) 99846-0909

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Data de Emissão: 18/09/2025

Data de Validade: 18/10/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Deives Christofolletti Cesar

Endereço:

Sexo: N

1. EXTRATO DE CANNABIS FULL SPECTRUM MEDKAYA PT 3000mg - 30 ml ----- 03 frascos

Uso oral contínuo, 15 gts 2x ao dia.

2. EXTRATO DE CANNABIS FULL SPECTRUM MEDKAYA USALINE CBD/THC 600mg ----- 02 frascos

Uso oral:

10 gts a noite.

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 MARCELO MOREN NETTO em 18/09/2025 13:14, 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/api/documento>

Acesse o documento em:

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



CFMP-RE-AMEN7ZTE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MARCELO MOREN NETTO

CRM: 52-982377 - RJ

Endereço: Rua Dezesseis, 109, Loja 112, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Telefone: (24) 99846-0909

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Data de Emissão: 18/09/2025

Data de Validade: 18/10/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Deives Christofolletti Cesar

Endereço:

Sexo: N

1. **EXTRATO DE CANNABIS FULL SPECTRUM MEDKAYA PT 3000mg - 30 ml ----- 03 frascos**

Uso oral contínuo, 15 gts 2x ao dia.

2. **EXTRATO DE CANNABIS FULL SPECTRUM MEDKAYA USALINE CBD/THC 600mg ----- 02 frascos**

Uso oral:

10 gts a noite.

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 MARCELO MOREN NETTO em 18/09/2025 13:14, 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/api/documento>

Acesse o documento em:

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



CFMP-RE-AMEN7ZTE