

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo _____
 CRM _____ UF _____ No. _____
 Endereço Completo e Telefone _____
 Cidade _____ UF _____

1a. VIA FARMÁCIA
 2a. VIA PACIENTE



Paciente: KAIKY FERREIRA DE MATTOS

Endereço: _____
 Prescrição: EXTRATO CANNABIS MEDKAYA 10% USO CONTÍNUO
TOMAR 5 GOTAS DE MANHÃ E DE NOITE

Rafael Lecco
 Neurologista
 CRM-ES 14735 / RQE 14668

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____
 Ident. _____ Órgão Emissor: _____
 End. _____
 Cidade _____ UF _____
 Telefone _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA ____/____/____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo _____
 CRM _____ UF _____ No. _____
 Endereço Completo e Telefone _____
 Cidade: _____ UF _____

1a. VIA FARMÁCIA
 2a. VIA PACIENTE



Paciente: KAIKY FERREIRA DE MATTOS

Endereço: _____
 Prescrição: EXTRATO CANNABIS MEDKAYA 10% USO CONTÍNUO
TOMAR 5 GOTAS DE MANHÃ E DE NOITE

Rafael Lecco
 Neurologista
 CRM-ES 14735 / RQE 14668

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____
 Ident.: _____ Órgão Emissor: _____
 End.: _____
 Cidade: _____ UF _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA ____/____/____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo _____

CRM _____ UF _____ No. _____

Endereço Completo e Telefone _____

Cidade: _____ UF: _____

1a. VIA FARMÁCIA

2a. VIA PACIENTE



APAE NOVA VENÉCIA

Paciente: KAIKY FERREIRA DE MATTOS

Endereço: _____

Prescrição: EXTRATO CANNABIS MEDKAYA 10% USO CONTÍNUO

TOMAR 5 GOTAS DE MANHÃ E DE NOITE

Rafael Lecco

Neurologista

CRM-ES 14735 / RQE: 14668

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo _____

CRM _____ UF _____ No. _____

Endereço Completo e Telefone _____

Cidade: _____ UF: _____

1a. VIA FARMÁCIA

2a. VIA PACIENTE



APAE NOVA VENÉCIA

Paciente: KAIKY FERREIRA DE MATTOS

Endereço: _____

Prescrição: EXTRATO CANNABIS MEDKAYA 10% USO CONTÍNUO

TOMAR 5 GOTAS DE MANHÃ E DE NOITE

Rafael Lecco

Neurologista

CRM-ES 14735 / RQE: 14668

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA