



Identificação do Emitente

Nome: Matheus Prestes Veras

CRM: 235.420

Telefone: (11) 94595-3180

Endereço: Rua Herculano de Freitas, 237 –
Bela Vista – SP, São Paulo.

Cidade-UF: São Paulo – SP

1ª via farmácia ☐

2ª via paciente ☐

Receituário Controle Especial

DATA: 04/02/26

Assinatura e carimbo

Paciente: Renata Gomez Braga

CPF: 018.072.381-21

Endereço: Rua Copaíba Número 1DF Plaza apt 802 D – Águas Claras – DF

Produto de Cannabis –

Extrato rico em Canabinóides CBD 4% + CBG 4% + THC < 0,2% + TCM + Vit E.

Tomar 8 gotas, via sublingual, de 8/8 horas – **2x ao longo do dia.**

-Seguir aumento de dosagem de acordo com orientação médica.

- N°de frascos para o tratamento de 1 ano: 12 unidades

Orientações:

Iniciar com dosagem sugerida e, aumentar 1 gota a cada 3 dias, até chegar em 15 gotas, monitorar os sintomas.

O uso de medicações a base de cannabinoides deve ser conduzida por médicos especialistas, sendo o paciente em questão em tratamento para:

- Transtorno de ansiedade – CID10 – F41.0.

Identificação Comprador

Nome:

RG:

Telefone:

Endereço:

Cidade-UF:

