

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). BIBIANA MATTOS FONSECA

PSIQUIATRIA - RQE nº 34021

CPF: 028.056.597-67 CRM: 52-771813 - RJ

Endereço: Travessa Capitão Zeferino, 27, Sala 1001, Icaraí, Niterói - RJ

Telefone: (21) 97987-0250

Cidade: Niterói

UF: RJ

Data de Emissão: 09/06/2026

Data de Validade: 09/07/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Lucas Vieira Melo

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **MEDKAYA CANABIDIOL FULL SPECTRUM 40mg+40mg** ----- 1 frasco

Medkaya - Produto de cannabis 1:1 CBG 40mg/mL + CBD 40mg/mL
4% CBG + 4% CBD Full – veículo TCM

Posologia:

Sujeito a ajuste de dose

Cálculo dispensação: 2 meses 90 ml - uso contínuo (para comprar 3 frascos)

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 BIBIANA MATTOS FONSECA em 09/06/2026 11:16, 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/documento>

Acesse o documento em:

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



CFMP-RE-8GQUSAW7

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). BIBIANA MATTOS FONSECA

PSIQUIATRIA - RQE nº 34021

CPF: 028.056.597-67 CRM: 52-771813 - RJ

Endereço: Travessa Capitão Zeferino, 27, Sala 1001, Icaraí, Niterói - RJ

Telefone: (21) 97987-0250

Cidade: Niterói

UF: RJ

Data de Emissão: 09/06/2026

Data de Validade: 09/07/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Lucas Vieira Melo

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **MEDKAYA CANABIDIOL FULL SPECTRUM 40mg+40mg** ----- 1 frasco

Medkaya - Produto de cannabis 1:1 CBG 40mg/mL + CBD 40mg/mL
4% CBG + 4% CBD Full – veículo TCM

Posologia:

Sujeito a ajuste de dose

Cálculo dispensação: 2 meses 90 ml - uso contínuo (para comprar 3 frascos)

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 BIBIANA MATTOS FONSECA em 09/06/2026 11:16, 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/documento>

Acesse o documento em:

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



CFMP-RE-8GQUSAW7