

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ROGERIO DE SOUZA DUARTE

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - RQE nº 8088
ACUPUNTURA - Dor - RQE nº 16468

CRM: 10246 - SC

Endereço: Rod Armando Calil Bulos, 5405, ingleses, Florianópolis - SC

Telefone: (48) 99110-1091

Cidade: Florianópolis

UF: SC

Data de Emissão: 08/04/2026

Data de Validade: 08/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Luciano Zanetti

Endereço:

Sexo: Masculino Idade: 53

- PRODUTO DE CANNABIS MEDKAYA - EXTRATO RICO EM CANABINÓIDES CBD 10% + THC 0,2% + TCM + VIT. E.***
3000 mg ----- 6 frascos

Uso sublingual

Pingar 6 gotas pela manhã , 3 à tarde, e 8 gotas à noite. subir a dose gradualmente 1 gota a cada 3 das até 10 gotas 3 vezes ao dia

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 ROGERIO DE SOUZA DUARTE em 08/04/2026 14:55, 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-2XYQ7MXQ

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ROGERIO DE SOUZA DUARTE

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - RQE nº 8088

ACUPUNTURA - Dor - RQE nº 16468

CRM: 10246 - SC

Endereço: Rod Armando Calil Bulos, 5405, ingleses, Florianópolis - SC

Telefone: (48) 99110-1091

Cidade: Florianópolis

UF: SC

Data de Emissão: 08/04/2026

Data de Validade: 08/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Luciano Zanetti

Endereço:

Sexo: Masculino Idade: 53

1. **PRODUTO DE CANNABIS MEDKAYA - EXTRATO RICO EM CANABINÓIDES CBD 10% + THC 0,2% + TCM + VIT. E.***

3000 mg ----- 6 frascos

Uso sublingual

Pingar 6 gotas pela manhã , 3 à tarde, e 8 gotas à noite. subir a dose gradualmente 1 gota a cada 3 das até 10 gotas 3 vezes ao dia

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 ROGERIO DE SOUZA DUARTE em 08/04/2026 14:55, 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-2XYQ7MXQ