

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ANA CARLA MORONG

CPF: 013.541.612-46 CRM: 37553 - SC

Endereço: Travessa do Motorista, 82, Canto, Florianópolis - SC

Telefone: (48) 98857-2882

Cidade: Florianópolis

UF: SC

Data de Emissão: 14/08/2026

Data de Validade: 13/09/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 013.541.612-46 - Ana Carla Morong

Endereço: Travessa do Motorista, 82, Saúde Integrativa de Florianópolis, Canto, Florianópolis - SC

Sexo: Feminino Idade: 31

1. EXTRATO DE CANABINOIDES MEDKAYA CBD 20% + THC 0,3% + LIMONENO 0,2% + B CARIOFILENO 0,1% 1 FRASCO

Aplica 5 gotas em região sublingual aguardar 30 segundos e deglutir após 2 vezes ao dia por 3 meses , alterar conforme orientações médicas

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 ANA CARLA MORONG em 14/08/2026 15:54, 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-C4J9KSFP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ANA CARLA MORONG

CPF: 013.541.612-46 CRM: 37553 - SC

Endereço: Travessa do Motorista, 82, Canto, Florianópolis - SC

Telefone: (48) 98857-2882

Cidade: Florianópolis

UF: SC

Data de Emissão: 14/08/2026

Data de Validade: 13/09/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 013.541.612-46 - Ana Carla Morong

Endereço: Travessa do Motorista, 82, Saúde Integrativa de Florianópolis, Canto, Florianópolis - SC

Sexo: Feminino Idade: 31

1. EXTRATO DE CANABINOIDES MEDKAYA CBD 20% + THC 0,3% + LIMONENO 0,2% + B CARIOFILENO 0,1% 1 FRASCO

Aplica 5 gotas em região sublingual aguardar 30 segundos e deglutir após 2 vezes ao dia por 3 meses , alterar conforme orientações médicas

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 ANA CARLA MORONG em 14/08/2026 15:54, 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-C4J9KSFP