

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). VANESSA TOSHIE SATO

CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 136096

CRM: 241945 - SP

Endereço: Rua Sousa breves, 97, São Paulo - SP

Cidade: São Paulo

UF: SP

Data de Emissão: 25/05/2026

Data de Validade: 24/06/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Gabriela Kuasne Gitzel

Endereço: Rua José Roberto Innocêncio da Costa, 75, Residencial Valerio Morandi,
Matão - SP

Sexo: Feminino **Idade:** 33

1. **MEDKAYA USALINE 9000MG CBD FULLSPECTRUM - MCT OIL 9000mg/30ml --- 1 frasco (30 ml)**

Tomar 1 gota via oral 1 vez 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 VANESSA TOSHIE SATO em 25/05/2026 12:37, 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-DUSJTZDX

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). VANESSA TOSHIE SATO

CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 136096

CRM: 241945 - SP

Endereço: Rua Sousa breves, 97, São Paulo - SP

Cidade: São Paulo

UF: SP

Data de Emissão: 25/05/2026

Data de Validade: 24/06/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Gabriela Kuasne Gitzel

Endereço: Rua José Roberto Innocêncio da Costa, 75, Residencial Valerio Morandi,
Matão - SP

Sexo: Feminino **Idade:** 33

1. **MEDKAYA USALINE 9000MG CBD FULLSPECTRUM - MCT OIL 9000mg/30ml --- 1 frasco (30 ml)**

Tomar 1 gota via oral 1 vez 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 VANESSA TOSHIE SATO em 25/05/2026 12:37, 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-DUSJTZDX