

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). YURI MANHÃES MADUREIRA

CPF: 147.483.097-84 CRM: 52-1279025 - RJ

Endereço: Rua Barão da Torre, de 425 ao fim - lado ímpar, Ipanema, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 96567-5452

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 27/04/2026

Data de Validade: 27/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: José da Silva Pereira

Endereço:

Sexo: Masculino

1. **CBD + CBG** ----- 60ml

1. CBD + CBG

Manipular:

Formula 1:

Medkaya - Produto de cannabis

1:1 CBG 40mg/mL + CBD 40mg/mL

4% CBG + 4% CBD Full – veículo THC*

Posologia:

1ª semana: 6 gota pela manhã

2ª semana: 10 gotas pela manhã

3ª semana: 15 gotas pela manhã

4ª semana: 19 gotas pra manhã

Formula 2:

Medkaya - Produto de Cannabis CBD 100mg/mL + THC < 2mg/mL + CBG 10mg/mL

10% CBD + < 0,2% THC (full) + CBG 1% - HSO

Posologia:

1ª semana: 6 gota 1h antes de dormir

2ª semana: 8 gotas 1h antes de dormir

3ª semana: 10 gotas 1h antes de dormir

4ª semana: 15 gotas 1h antes de dormir

Sujeito a ajuste de dose

Cálculo dispensação: 2 meses 60 ml - uso contínuo

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 YURI MANHÃES MADUREIRA em 27/04/2026 17:40, 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-6LW84MV9

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). YURI MANHÃES MADUREIRA

CPF: 147.483.097-84 CRM: 52-1279025 - RJ

Endereço: Rua Barão da Torre, de 425 ao fim - lado ímpar, Ipanema, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 96567-5452

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 27/04/2026

Data de Validade: 27/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: José da Silva Pereira

Endereço:

Sexo: Masculino

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 YURI MANHÃES MADUREIRA em 27/04/2026 17:40, 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-6LW84MV9

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). YURI MANHÃES MADUREIRA

CPF: 147.483.097-84 CRM: 52-1279025 - RJ

Endereço: Rua Barão da Torre, de 425 ao fim - lado ímpar, Ipanema, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 96567-5452

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 27/04/2026

Data de Validade: 27/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: José da Silva Pereira

Endereço:

Sexo: Masculino

1. **CBD + CBG** ----- 60ml

1. CBD + CBG

Manipular:

Formula 1:

Medkaya - Produto de cannabis

1:1 CBG 40mg/mL + CBD 40mg/mL

4% CBG + 4% CBD Full – veículo THC*

Posologia:

1ª semana: 6 gota pela manhã

2ª semana: 10 gotas pela manhã

3ª semana: 15 gotas pela manhã

4ª semana: 19 gotas pra manhã

Formula 2:

Medkaya - Produto de Cannabis CBD 100mg/mL + THC < 2mg/mL + CBG 10mg/mL

10% CBD + < 0,2% THC (full) + CBG 1% - HSO

Posologia:

1ª semana: 6 gota 1h antes de dormir

2ª semana: 8 gotas 1h antes de dormir

3ª semana: 10 gotas 1h antes de dormir

4ª semana: 15 gotas 1h antes de dormir

Sujeito a ajuste de dose

Cálculo dispensação: 2 meses 60 ml - uso contínuo

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 YURI MANHÃES MADUREIRA em 27/04/2026 17:40, 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-6LW84MV9

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). YURI MANHÃES MADUREIRA

CPF: 147.483.097-84 CRM: 52-1279025 - RJ

Endereço: Rua Barão da Torre, de 425 ao fim - lado ímpar, Ipanema, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 96567-5452

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 27/04/2026

Data de Validade: 27/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: José da Silva Pereira

Endereço:

Sexo: Masculino

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 YURI MANHÃES MADUREIRA em 27/04/2026 17:40, 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-6LW84MV9