

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). BRUNO BARROS PETRAGLIA

CRM: 52-1086910 - RJ

Endereço: Rua Lopes Trovão, 52, 703, Icaraí, Niterói - RJ

Telefone: (21) 98192-0300

Cidade: Niterói

UF: RJ

Data de Emissão: 02/03/2026

Data de Validade: 01/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria dos Anjos Gouvea

Sexo: Não Informado

Endereço:

1. CANNABIS ----- 3 frascos

EXTRATO DE CANNABIS FULL SPECTRUM MEDKAYA RICO EM CBD- 1500MG 30ML (50MG/ML) - 3 frascos

Contato Laboratório Medkaya: (21) 96710-8000

Paciente em uso oral da medicação

DOSE:

-> Dose atual:

10 gotas pela manhã após se alimentar aprox. 09h

10 gotas a tarde aprox. às 15:30h

10 gotas a noite aprox. às 20h

Manter esta dose até próxima consulta: 10/10/10 gotas

-> Agitar antes de usar

-> Administrar sob a língua e aguardar 1-2 minutos antes de engolir

2. CANNABIS ----- 2 frascos

Extrato de Cannabis full spectrum Medkaya equilibrado CBD+THC - 300 +300 mg 30mL (10+10mg/mL)

Contato marca Medkaya: 21 96710-8000

-

Uso sublingual: 4 gotas pela manhã após se alimentar aprox. 09h

Não fazer a tarde

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 BRUNO BARROS PETRAGLIA em 02/03/2026 11:40, 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/api/documento>

Acesse o documento em:

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



CFMP-RE-782R4DRY

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). BRUNO BARROS PETRAGLIA

CRM: 52-1086910 - RJ

Endereço: Rua Lopes Trovão, 52, 703, Icaraí, Niterói - RJ

Telefone: (21) 98192-0300

Cidade: Niterói

UF: RJ

Data de Emissão: 02/03/2026

Data de Validade: 01/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria dos Anjos Gouvea

Endereço:

Sexo: Não Informado

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 BRUNO BARROS PETRAGLIA em 02/03/2026 11:40, 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/api/documento>

Acesse o documento em:

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



CFMP-RE-782R4DRY

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). BRUNO BARROS PETRAGLIA

CRM: 52-1086910 - RJ

Endereço: Rua Lopes Trovão, 52, 703, Icaraí, Niterói - RJ

Telefone: (21) 98192-0300

Cidade: Niterói

UF: RJ

Data de Emissão: 02/03/2026

Data de Validade: 01/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria dos Anjos Gouvea

Sexo: Não Informado

Endereço:

1. CANNABIS ----- 3 frascos

EXTRATO DE CANNABIS FULL SPECTRUM MEDKAYA RICO EM CBD- 1500MG 30ML (50MG/ML) - 3 frascos

Contato Laboratório Medkaya: (21) 96710-8000

Paciente em uso oral da medicação

DOSE:

-> Dose atual:

10 gotas pela manhã após se alimentar aprox. 09h

10 gotas a tarde aprox. às 15:30h

10 gotas a noite aprox. às 20h

Manter esta dose até próxima consulta: 10/10/10 gotas

-> Agitar antes de usar

-> Administrar sob a língua e aguardar 1-2 minutos antes de engolir

2. CANNABIS ----- 2 frascos

Extrato de Cannabis full spectrum Medkaya equilibrado CBD+THC - 300 +300 mg 30mL (10+10mg/mL)

Contato marca Medkaya: 21 96710-8000

Uso sublingual: 4 gotas pela manhã após se alimentar aprox. 09h

Não fazer a tarde

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 BRUNO BARROS PETRAGLIA em 02/03/2026 11:40, 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/api/documento>

Acesse o documento em:

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



CFMP-RE-782R4DRY

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). BRUNO BARROS PETRAGLIA

CRM: 52-1086910 - RJ

Endereço: Rua Lopes Trovão, 52, 703, Icaraí, Niterói - RJ

Telefone: (21) 98192-0300

Cidade: Niterói

UF: RJ

Data de Emissão: 02/03/2026

Data de Validade: 01/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Maria dos Anjos Gouvea

Endereço:

Sexo: Não Informado

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 BRUNO BARROS PETRAGLIA em 02/03/2026 11:40, 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/api/documento>

Acesse o documento em:

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



CFMP-RE-782R4DRY