

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). THOMAS DI NARDI MEDEIROS

CRM: 15164 - PB

Endereço: Rua Inácio Fernandes Nóbrega, Belo Horizonte, Patos - PB

Cidade: Patos

UF: PB

Data de Emissão: 01/04/2026

Data de Validade: 01/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: JOSÉ MATEUS RODRIGUES MONTEIRO

Sexo: Não Informado

Endereço:

1. **EXTRATO RICO CANABINOIDES (CANNABIS MEDKAYA)** CBD 10% + THC 0,2% + HSO -- 1 frasco

TOMAR 17 GOTAS 2X AO DIA

O PACIENTE COM TEA (CID - 10: F840) APRESENTA EVENTUAIS CRISES SENSORIAIS QUE O LEVA A AUTO AGREDIR, TENDO QUE NESSES DIAS DE CRISES, DOBRAR A DOSE, O QUE CORRESPONDE A NECESSIDADE DE 2 VIDROS.

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 THOMAS DI NARDI MEDEIROS em 01/04/2026 15:56, 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-2NR8KED6

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). THOMAS DI NARDI MEDEIROS

CRM: 15164 - PB

Endereço: Rua Inácio Fernandes Nóbrega, Belo Horizonte, Patos - PB

Cidade: Patos

UF: PB

Data de Emissão: 01/04/2026

Data de Validade: 01/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: JOSÉ MATEUS RODRIGUES MONTEIRO

Sexo: Não Informado

Endereço:

1. **EXTRATO RICO CANABINOIDES (CANNABIS MEDKAYA)** CBD 10% + THC 0,2% + H50 -- 1 frasco

TOMAR 17 GOTAS 2X AO DIA

O PACIENTE COM TEA (CID - 10: F840) APRESENTA EVENTUAIS CRISES SENSORIAIS QUE O LEVA A AUTO AGREDIR, TENDO QUE NESSES DIAS DE CRISES, DOBRAR A DOSE, O QUE CORRESPONDE A NECESSIDADE DE 2 VIDROS.

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 THOMAS DI NARDI MEDEIROS em 01/04/2026 15:56, 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-2NR8KED6