

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MARCELO MOREN NETTO

CRM: 52-982377 - RJ

Endereço: Rua Dezesseis, 109, Loja 112, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Telefone: (24) 99846-0909

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Data de Emissão: 07/04/2026

Data de Validade: 07/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Pedro Lucas Campos Amaral

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. EXTRATO INTEGRAL (FULLSPECTRUM) DE CANNABIS MEDKAYA

50mg/mL - CBD 05% + THC 0,2% + CBG 0,7% + 0,1% Canabinóides menores + 0,03% Vitamina E (Tocoferol) + Excipiente TCM 1 frasco/ 30 ml

Uso oral:

Iniciar com 03 gts após café da manhã e 03 gts preferencialmente 2hrs antes de deitar.

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 MARCELO MOREN NETTO em 07/04/2026 18:22, 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-HBMPXULN

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MARCELO MOREN NETTO

CRM: 52-982377 - RJ

Endereço: Rua Dezesseis, 109, Loja 112, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Telefone: (24) 99846-0909

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Data de Emissão: 07/04/2026

Data de Validade: 07/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Pedro Lucas Campos Amaral

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. EXTRATO INTEGRAL (FULLSPECTRUM) DE CANNABIS MEDKAYA

50mg/mL - CBD 05% + THC 0,2% + CBG 0,7% + 0,1% Canabinóides menores + 0,03% Vitamina E (Tocoferol) + Excipiente TCM 1 frasco/ 30 ml

Uso oral:

Iniciar com 03 gts após café da manhã e 03 gts preferencialmente 2hrs antes de deitar.

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 MARCELO MOREN NETTO em 07/04/2026 18:22, 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-HBMPXULN