

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**Nome:****CRM:** 219004 SP**Endereço:****Telefone:****Cidade e UF:****RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL****DATA:** 11/02/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA**Paciente:** Gustavo Prado De Abreu**CPF:** 586.487.878-23**Endereço:** Rua Santa Cruz, 389 - Estufa II, Ubatuba - SP, 11689-340**Fórmula**

1 embalagem

Medkaya - Extrato de cannabis integral (<0,3% THC) CBD 1500mg/30ml (Veículo oleoso - MCT) -30mL

APEAU - ASSOCIAÇÃO DOS PAIS DO ESPECTRO DO AUTISMO UBATUBA

Primeira semana: Iniciar com 2 gotas, 2x/dia.

Segunda semana: Progredir para 3 gotas, 2x/dia.

Terceira semana: Progredir para 4 gotas, 2x/dia.

Cálculo para dispensação: 1ml - 2x/dia

Observações:

1) Distanciar 1h das outras medicações

2) Oferecer 15-30min após as refeições

Contato do Acolhimento Medkaya: (21) 99782-4200

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**Nome:****RG:****Endereço:****Telefone:****Cidade e UF:****IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**Nome:****CRM:** 219004 SP**Endereço:****Telefone:****Cidade e UF:****RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL****DATA:** 11/02/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA**Paciente:** Gustavo Prado De Abreu**CPF:** 586.487.878-23**Endereço:** Rua Santa Cruz, 389 - Estufa II, Ubatuba - SP, 11689-340**Fórmula**

1 embalagem

Medkaya -Extrato de cannabis integral (<0,3% THC) CBD 1500mg/30ml (Veículo oleoso - MCT) -30mL

APEAU - ASSOCIAÇÃO DOS PAIS DO ESPECTRO DO AUTISMO UBATUBA

Primeira semana: Iniciar com 2 gotas, 2x/dia.

Segunda semana: Progredir para 3 gotas, 2x/dia.

Terceira semana: Progredir para 4 gotas, 2x/dia.

Cálculo para dispensação: 1ml - 2x/dia

Observações:

1) Distanciar 1h das outras medicações

2) Oferecer 15-30min após as refeições

Contato do Acolhimento Medkaya: (21) 99782-4200

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**Nome:****RG:****Endereço:****Telefone:****Cidade e UF:****IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO