

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). WEMILLY TEIXEIRA DE ANDRADE**

CPF: 00472188275 CRM: 224907 - SP

Endereço: Rua Renato Chiazotto, 155, Parque Morumbi, Votorantim - SP

Telefone: (15) 98824-4986

Cidade: Votorantim

UF: SP

Data de Emissão: 10/08/2024

Data de Validade: 09/09/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Guilherme Barbosa Rodrigues

**Endereço:** (não informado)

1. **ÓLEO CBD MEDKAYA BROAD SPECTRUM USA 3000mg** ----- 01 frasco

Uso sublingual

-Nos CINCO primeiros dias, iniciar com 1 gota 2x ao dia.

-após o SEXTO dia, serão 2 gotas 2x ao dia.

-Demais ajustes de acordo com orientação médica

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## Receituário de Controle Especial

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por WEMILLY TEIXEIRA DE ANDRADE em 10/08/2024 12:38, conforme MP nº 2.200-2/2001 e Resolução CFM nº 2.299/2021.

A assinatura digital deste documento poderá ser verificada 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](https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf)



Código: CFMnBfvbbm

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). WEMILLY TEIXEIRA DE ANDRADE

CPF: 00472188275 CRM: 224907 - SP

Endereço: Rua Renato Chiazotto, 155, Parque Morumbi, Votorantim - SP

Telefone: (15) 98824-4986

Cidade: Votorantim

UF: SP

Data de Emissão: 10/08/2024

Data de Validade: 09/09/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Guilherme Barbosa Rodrigues

Endereço: (não informado)

1. ÓLEO CBD MEDKAYA BROAD SPECTRUM USA 3000mg ----- 01 frasco

Uso sublingual

-Nos CINCO primeiros dias, iniciar com 1 gota 2x ao dia.

-após o SEXTO dia, serão 2 gotas 2x ao dia.

-Demais ajustes de acordo com orientação médica

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## Receituário de Controle Especial

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por WEMILLY TEIXEIRA DE ANDRADE em 10/08/2024 12:38, conforme MP nº 2.200-2/2001 e Resolução CFM nº 2.299/2021.

A assinatura digital deste documento poderá ser verificada 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](https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf)



Código: CFMnBfvbbm