

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ALMÍ SOARES CAVALCANTE

PEDIATRIA - RQE nº 3893

CRM: 4463 - PB

Endereço: Rua Sabino Assis 25, 25, Centro, Cajazeiras - PB

Telefone: (83) 97400-4580

Cidade: Cajazeiras

UF: PB

Data de Emissão: 13/01/2026

Data de Validade: 12/02/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Felipe Lorenzo de Lira Silva

Endereço: Cajazeiras - PB

Sexo: Masculino **Idade:** 5

1. MEDKAYA - PRODUTO DE CANNABIS ----- 03 FRASCOS

CBD 100mg/mL + THC < 2mg/mL + CBG 10mg/mL - 10% CBD + < 0,2% THC (full) + CBG 1% - TCM

Posologia:

Manhã: 10 gotas após café da manhã

Noite: 10 gotas após jantar

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 ALMÍ SOARES CAVALCANTE em 13/01/2026 14:40, 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-JDMFYP9M

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ALMÍ SOARES CAVALCANTE

PEDIATRIA - RQE nº 3893

CRM: 4463 - PB

Endereço: Rua Sabino Assis 25, 25, Centro, Cajazeiras - PB

Telefone: (83) 97400-4580

Cidade: Cajazeiras

UF: PB

Data de Emissão: 13/01/2026

Data de Validade: 12/02/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Felipe Lorenzo de Lira Silva

Endereço: Cajazeiras - PB

Sexo: Masculino Idade: 5

1. MEDKAYA - PRODUTO DE CANNABIS ----- 03 FRASCOS

CBD 100mg/mL + THC < 2mg/mL + CBG 10mg/mL - 10% CBD + < 0,2% THC (full) + CBG 1% - TCM

Posologia:

Manhã: 10 gotas após café da manhã

Noite: 10 gotas após jantar

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 ALMÍ SOARES CAVALCANTE em 13/01/2026 14:40, 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-JDMFYP9M