

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). SARAH FERREIRA SAMPAIO

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 18224
PEDIATRIA - RQE nº 18011

CRM: 20306 - CE

Endereço: Edifício Pátio Cariri Corporate - R. Catulo da Paixão Cearense,
175, Triângulo, Juazeiro do Norte - CE

Cidade: Juazeiro do Norte

UF: CE

Data de Emissão: 15/07/2026

Data de Validade: 14/08/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: João Pedro Crispim Lima de Macedo

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **MEDKAYA EXTRATO RICO EM CANABINÓIDES (1500MG/ML)**

CBD 5% + THC 0,2% + TCM ----- 02 Frascos

Uso: Dar 10 gotas, via oral, 8 em 8 horas. Contínuo.

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 SARAH FERREIRA SAMPAIO em 15/07/2026 21:17, 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/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-H56RDE74

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). SARAH FERREIRA SAMPAIO

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 18224
PEDIATRIA - RQE nº 18011

CRM: 20306 - CE

Endereço: Edifício Pátio Cariri Corporate - R. Catulo da Paixão Cearense,
175, Triângulo, Juazeiro do Norte - CE

Cidade: Juazeiro do Norte

UF: CE

Data de Emissão: 15/07/2026

Data de Validade: 14/08/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: João Pedro Crispim Lima de Macedo

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **MEDKAYA EXTRATO RICO EM CANABINÓIDES (1500MG/ML)**

CBD 5% + THC 0,2% + TCM ----- 02 Frascos

Uso: Dar 10 gotas, via oral, 8 em 8 horas. Contínuo.

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 SARAH FERREIRA SAMPAIO em 15/07/2026 21:17, 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/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-H56RDE74