

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). WILLIAN JESUS GUTIERREZ MERCADO

ACUPUNTURA - RQE nº 4074

CRM: 9657 - CE

Endereço: Avenida Oliveira Paiva, 1090, Sala 26, Cidade dos Funcionários, Fortaleza - CE

Telefone: (85) 3279-8585

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Data de Emissão: 09/06/2025

Data de Validade: 09/07/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 615.488.593-89 - Ranya Santiago Oliveira

Endereço: Rua B, 67, (Lot Planalto Sul), Passaré, Fortaleza - CE

Sexo: Feminino **Idade:** 22

1. **MEDKAYA CBD +THC 600 MG** ----- 4 FRASCOS

USO : 2 VEZ 12/12 HR , APOS AUMENTA PARA 03 AS 12/12 (APOS AO DIAS)

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 WILLIAN JESUS GUTIERREZ MERCADO em 09/06/2025 16:03, 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-5JFXZBRW

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). WILLIAN JESUS GUTIERREZ MERCADO

ACUPUNTURA - RQE nº 4074

CRM: 9657 - CE

Endereço: Avenida Oliveira Paiva, 1090, Sala 26, Cidade dos Funcionários, Fortaleza - CE

Telefone: (85) 3279-8585

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Data de Emissão: 09/06/2025

Data de Validade: 09/07/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 615.488.593-89 - Ranya Santiago Oliveira

Endereço: Rua B, 67, (Lot Planalto Sul), Passaré, Fortaleza - CE

Sexo: Feminino **Idade:** 22

1. **MEDKAYA CBD +THC 600 MG** ----- 4 FRASCOS

USO : 2 VEZ 12/12 HR , APOS AUMENTA PARA 03 AS 12/12 (APOS AO DIAS)

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 WILLIAN JESUS GUTIERREZ MERCADO em 09/06/2025 16:03, 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-5JFXZBRW