

Receituário de Controle Especial

Dr Iury Hélder Santos Dantas CRM/RN: 8657 RQE: 4580 RUA JOAQUIM GREGÓRIO, 692, PENEDO CAICÓ, RN CEP: 59.300-000 FONE: (84) 3421.2400 / (84)99978.4637	1ª Via - Farmácia
	2ª Via - Paciente
Nome do Paciente: JÚLIA ARLINDA DA SILVA	
Endereço: RUA JOAQUIM PEREIRA DE ARAÚJO, 191, CENTRO	
Cidade: TIMBAUBA DOS BATISTAS	UF: RN

Prescrição

USO ORAL

1) MEDKAYA USA CBD 1500 MG (FULLSPECTRUM) ----- 02 FRASCOS
DAR 5 GOTAS, 12/12 H - SEMANA 1
DAR 6 GOTAS, 12/12 H - SEMANA 2
DAR 7 GOTAS, 12/12 H - SEMANA 3
DAR 8 GOTAS, 12/12 H - SEMANA 4
DAR 9 GOTAS, 12/12 H - SEMANA 5
DAR 10 GOTAS, 12/12 H - SEMANA 6 E MANTER ESSA DOSE

OBS: 1 GOTA = 1,25 MG

Receituário de Controle Especial

Dr Iury Hélder Santos Dantas CRM/RN: 8657 RQE: 4580 RUA JOAQUIM GREGÓRIO, 692, PENEDO CAICÓ, RN CEP: 59.300-000 FONE: (84) 3421.2400 / (84)99978.4637	1ª Via - Farmácia
	2ª Via - Paciente
Nome do Paciente: JÚLIA ARLINDA DA SILVA	
Endereço: RUA JOAQUIM PEREIRA DE ARAÚJO, 191, CENTRO	
Cidade: TIMBAUBA DOS BATISTAS	UF: RN

Prescrição

USO ORAL

1) MEDKAYA USA CBD 1500 MG (FULLSPECTRUM) ----- 02 FRASCOS
DAR 5 GOTAS, 12/12 H - SEMANA 1
DAR 6 GOTAS, 12/12 H - SEMANA 2
DAR 7 GOTAS, 12/12 H - SEMANA 3
DAR 8 GOTAS, 12/12 H - SEMANA 4
DAR 9 GOTAS, 12/12 H - SEMANA 5
DAR 10 GOTAS, 12/12 H - SEMANA 6 E MANTER ESSA DOSE

OBS: 1 GOTA = 1,25 MG

Data: 17/06/2025

Identificação do comprador	Identificação do Médico
Nome:	Nome: Dr. Iury Hélder S. Dantas
Endereço:	CRM: Neurologista
	CRM/RN 8657 / RQE: 4580
	Obrigatório carimbo e assinatura
Telefone:	Identificação do Fornecedor
	Assinatura do Farmacêutico
RG:	Data: __/__/__
Órgão emissor:	

Data: 17/06/2025

Identificação do comprador	Identificação do Médico
Nome:	Nome: Dr. Iury Hélder S. Dantas
Endereço:	CRM: Neurologista
	CRM/RN 8657 / RQE: 4580
	Obrigatório carimbo e assinatura
Telefone:	Identificação do Fornecedor
	Assinatura do Farmacêutico
RG:	Data: __/__/__
Órgão emissor:	