

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). FRANCISCO EDILBERTO ERNESTO DA CRUZ COSTA

PSIQUIATRIA - RQE nº 47048

CRM: 52-261431 - RJ

Endereço: Rua Carmo do Cajuru, 167, Jacarepaguá, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 99366-6626

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 23/06/2026

Data de Validade: 23/07/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 533.421.628-64 - Laura Oliveira Araujo

Endereço: Rua Carmo do Cajuru, 136, Bl 02 Apto 202, Jacarepaguá, Rio de Janeiro - RJ

Sexo: Feminino **Idade:** 16

1. **MEDKAYA FULL SPECTRUM 6000 MG** 200 mg/ml ----- 01 frasco - 30 ml

Usar 06 gotas, sublingual, 02 vezes ao dia.

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 FRANCISCO EDILBERTO ERNESTO DA CRUZ COSTA em 23/06/2026 12:55, 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-AGVTF8U6

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). FRANCISCO EDILBERTO ERNESTO DA CRUZ COSTA

PSIQUIATRIA - RQE nº 47048

CRM: 52-261431 - RJ

Endereço: Rua Carmo do Cajuru, 167, Jacarepaguá, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 99366-6626

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 23/06/2026

Data de Validade: 23/07/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 533.421.628-64 - Laura Oliveira Araujo

Endereço: Rua Carmo do Cajuru, 136, Bl 02 Apto 202, Jacarepaguá, Rio de Janeiro - RJ

Sexo: Feminino **Idade:** 16

1. **MEDKAYA FULL SPECTRUM 6000 MG** 200 mg/ml ----- 01 frasco - 30 ml

Usar 06 gotas, sublingual, 02 vezes ao dia.

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 FRANCISCO EDILBERTO ERNESTO DA CRUZ COSTA em 23/06/2026 12:55, 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-AGVTF8U6