

APARECIDA MEIRA DA SILVA BELUCI
Clínica Geral
CRM: 46707/PR
Telefone: (41) 99174-0902
Email: draaparecida.msb@gmail.com

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª via Farmácia

Médico(a): APARECIDA MEIRA DA SILVA BELUCI **CRM:** 46707 PR
Endereço: Rua Ernesto Biscardi, 1155 - Cidade Industrial
Telefone: (41) 99174-0902 **Cidade:** Curitiba - PR

Nome do Paciente: Gael Pereira de Sousa
CPF: 605.829.768-04
Endereço: Rua Sebastião de Moura, 36. Parque São Francisco. Itatiba - SP. 13254-300

CBD MEDKAYA BROAD SPECTRUM (0%THC) 100MG/ML - 3000MG/30ML

3 (três) frascos

USO SUBLINGUAL
Na primeira semana utilizar 01 gota 2x dia, sublingual;
Na segunda semana utilizar 03 gotas 2x dia, sublingual.

FEEDBACK COM 15 DIAS DE USO DA MEDICAÇÃO.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:
- Intervalo de 01- 02 horas entre os alopáticos tradicionais.
- Na presença de efeitos colaterais, contate o médico imediatamente.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: RG:
Endereço:
Telefone: **Cidade:**

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA:

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Prescrição Digital Emitida em iClinicRx
Emissão: 23/04/2026 - 11:23

ID da Receita: ZFJE0H8F
Código do Paciente: 6466
Dispensação pelo site farmacia.iclinicrx.com.br





APARECIDA MEIRA DA SILVA BELUCI
Clínica Geral
CRM: 46707/PR
Telefone: (41) 99174-0902
Email: draaparecida.msb@gmail.com

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

2ª via Paciente

Médico(a): APARECIDA MEIRA DA SILVA BELUCI **CRM:** 46707 PR
Endereço: Rua Ernesto Biscardi, 1155 - Cidade Industrial
Telefone: (41) 99174-0902 **Cidade:** Curitiba - PR

Nome do Paciente: Gael Pereira de Sousa
CPF: 605.829.768-04
Endereço: Rua Sebastião de Moura, 36. Parque São Francisco. Itatiba - SP. 13254-300

CBD MEDKAYA BROAD SPECTRUM (0%THC) 100MG/ML - 3000MG/30ML

3 (três) frascos

USO SUBLINGUAL
Na primeira semana utilizar 01 gota 2x dia, sublingual;
Na segunda semana utilizar 03 gotas 2x dia, sublingual.

FEEDBACK COM 15 DIAS DE USO DA MEDICAÇÃO.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:
- Intervalo de 01- 02 horas entre os alopáticos tradicionais.
- Na presença de efeitos colaterais, contate o médico imediatamente.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: RG:
Endereço:
Telefone: Cidade:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA:

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Prescrição Digital Emitida em iClinicRx
Emissão: 23/04/2026 - 11:23

ID da Receita: ZFJE0H8F
Código do Paciente: 6466
Dispensação pelo site farmacia.iclinicrx.com.br



 Assinada e Validada Digitalmente