

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MARCIA SANTOS RAIA

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - RQE nº 22405

CPF: 626.331.556-34 CRM: 78214 - SP

Endereço: Rua José do Patrocínio, 79, Cidade Nova, Indaiatuba - SP

Telefone: (19) 3825-6850

Cidade: Indaiatuba

UF: SP

Data de Emissão: 23/03/2026

Data de Validade: 22/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: LUCIANA MUZZI BUFARAT

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **MEDKAYA - PRODUTO DE CANNABIS** 100mg/ml ----- 1 frasco (30 ml)

PRODUTO DE CANNABIS

CBD + 10mg/ml CBG + sabor morango 10% CBD + Sem THC (broad) + CBG 1% - TCM
30 ml

Posologia:

Pingar 1 gota debaixo da língua pela manhã e 4 gotas à noite.
Uso 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 MARCIA SANTOS RAIA em 23/03/2026 18:12, 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-AF7RCSUS

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MARCIA SANTOS RAIA

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - RQE nº 22405

CPF: 626.331.556-34 CRM: 78214 - SP

Endereço: Rua José do Patrocínio, 79, Cidade Nova, Indaiatuba - SP

Telefone: (19) 3825-6850

Cidade: Indaiatuba

UF: SP

Data de Emissão: 23/03/2026

Data de Validade: 22/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: LUCIANA MUZZI BUFARAT

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **MEDKAYA - PRODUTO DE CANNABIS** 100mg/ml ----- 1 frasco (30 ml)

PRODUTO DE CANNABIS

CBD + 10mg/ml CBG + sabor morango 10% CBD + Sem THC (broad) + CBG 1% - TCM
30 ml

Posologia:

Pingar 1 gota debaixo da língua pela manhã e 4 gotas à noite.
Uso 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 MARCIA SANTOS RAIA em 23/03/2026 18:12, 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-AF7RCSUS