

Receituário de Controle Especial

Identificação do Emitente

Nome Completo: Ney Müller
CRM: 18308 UF: SC
Endereço: Av. Trompowsky, 354 - sala 102 – Centro - Florianópolis
Telefone: (48)99865-3456 CPF: 058.150.949-86

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Identificação do Paciente

Paciente: Roseane Margarida Tolentino Ventorim
CPF: 00514270799 RG:
Endereço: Avenida Governador Santos Neves - - de 255 a 1437 - lado ímpar, Centro, Linhares
-ES - 29900035

PRESCRIÇÃO

USO SUBLINGUAL

Óleo CBD MEDKAYAUSA 3000mg 1 frasco
1mL = 40 gotas
1mL = 100mg de CBD/mL
1 gota = 2.5mg de CBD

1. Iniciar tomando 1 gota antes de dormir. Ir aumentando 1 gota (1 a noite) todos os dias até chegar 15 gotas de manhã e 15 gotas a noite. Quando alcançar o efeito desejado, manter a dosagem. Caso sinta um efeito indesejado voltar para a dosagem anterior.

2. O óleo de Cannabis deve ser utilizado após as refeições, SUBLINGUAL, aguardando, sem engolir, por 3 minutos, junto a gordurassaudáveis. Exemplo: logurte, queijos, sementes(chia, linhaça), azeite de oliva, peixes (salmão, sardinha) ou oleaginosas (castanha, amêndoa, nozes).

3. Esta receita está fundamentada na RDC nº 660 de 30 de março de 2022 que define os critérios e os procedimentos para a importação de produtos derivado de Cannabis, por pessoa física, para uso próprio.

4. Contato para adquirir direto com a MedKaya - (21)9.6710-8000

Florianópolis 27/03/2025

Dr. NeyMüller

Identificação do Comprador

Nome:
Identidade: Órgão Emissor:
Endereço:
Telefone:

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data

Receituário de Controle Especial

Identificação do Emitente

Nome Completo: Ney Müller
CRM: 18308 UF: SC
Endereço: Av. Trompowsky, 354 - sala 102 – Centro - Florianópolis
Telefone: (48)99865-3456 CPF: 058.150.949-86

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Médico - CRM/SC 18.308



Este documento foi gerado assinado eletronicamente.
Para verificar a autenticidade acesse:
<https://medx.med.br/I/?i=IJ8DFFVMRD>
Documento gerado em: quinta-feira, 27 de março de 2025 Ip: 200.225.115.39

Identificação do Comprador

Nome:
Identidade: Órgão Emissor:
Endereço:
Telefone:

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data