

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Data de Emissão: 05/12/2025

Dr(a). MARCELO MOREN NETTO

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

CRM: 52-982377 - RJ

Endereço: Rua Dezesseis, 109, Loja 112, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Telefone: (24) 99846-0909

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Paciente: Albertina Pais dos Santos
Endereço:

Sexo: N

1. EXTRATO DE CANNABIS FULL SPECTRUM MEDKAYA USALINE MCT 12.000mg - 30 ml -- 03 frascos
Uso oral: 1ml 3x ao dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone:(_____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Data de Emissão: 05/12/2025

Dr(a). MARCELO MOREN NETTO

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

CRM: 52-982377 - RJ

Endereço: Rua Dezesseis, 109, Loja 112, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Telefone: (24) 99846-0909

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Paciente: Albertina Pais dos Santos
Endereço:

Sexo: N

1. EXTRATO DE CANNABIS FULL SPECTRUM MEDKAYA USALINE MCT 12.000mg - 30 ml -- 03 frascos
Uso oral: 1ml 3x ao dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone:(_____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____