

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARCELO MOREN NETTO**

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

Data de Emissão: 25/11/2025

Data de Validade: 25/12/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Amanda Viana Machado

Endereço:

Sexo: N Idade: 43

1. **EXTRATO DE CANNABIS FULL SPECTRUM MEDKAYA USALINE 1500mg - 30 ml ----- 04 frascos**

Uso oral

10 gts após café da manhã, 06 gts após almoço e 06 gts preferencialmente 2hrs antes de deitar.

2. **EXTRATO DE CANNABIS FULL SPECTRUM MEDKAYA USALINE 3000mg/ 30ml ----- 02 frascos**

Uso oral

05 gts após café da manhã, 03 gts após almoço e 03 gts preferencialmente 2hrs antes de deitar.

## 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 MARCELO MOREN NETTO em 25/11/2025 15:23, 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](https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-3PJ53LFJ

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARCELO MOREN NETTO**

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

Data de Emissão: 25/11/2025

Data de Validade: 25/12/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Amanda Viana Machado

Endereço:

Sexo: N Idade: 43

1. **EXTRATO DE CANNABIS FULL SPECTRUM MEDKAYA USALINE 1500mg - 30 ml ----- 04 frascos**

Uso oral

10 gts após café da manhã, 06 gts após almoço e 06 gts preferencialmente 2hrs antes de deitar.

2. **EXTRATO DE CANNABIS FULL SPECTRUM MEDKAYA USALINE 3000mg/ 30ml ----- 02 frascos**

Uso oral

05 gts após café da manhã, 03 gts após almoço e 03 gts preferencialmente 2hrs antes de deitar.

## 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 MARCELO MOREN NETTO em 25/11/2025 15:23, 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](https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-3PJ53LFJ