

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). DEISE FELIX QUINTAO CORREA

PEDIATRIA - RQE nº 30372

PEDIATRIA - Medicina Intensiva Pediátrica - RQE nº 31500

CPF: 050.934.366-07 CRM: 44930 - MG

Endereço: Pouso Alegre, 1774, Consultorio 3, Horto, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 98862-8922

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

Data de Emissão: 28/12/2025

Data de Validade: 27/01/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Ana Clara Cunha Senra

Endereço:

1. **CANABIDIOL - *MEDKAYA* - PRODUTO DE CANNABIS CBD 200MG/ML + THC 2MG/ML + CBG 20MG/ML**
20% CBD + 0,2% THC (full) + CBG 2% - HSO ----- *30mL/mês *

Tomar 10 gotas depois do café, do almoço e do jantar até nova consulta médica.

Sujeito a ajuste de dose

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 DEISE FELIX QUINTAO CORREA em 28/12/2025 15:33, 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/api/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-3ZM5XVKS

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). DEISE FELIX QUINTAO CORREA

PEDIATRIA - RQE nº 30372

PEDIATRIA - Medicina Intensiva Pediátrica - RQE nº 31500

CPF: 050.934.366-07 CRM: 44930 - MG

Endereço: Pouso Alegre, 1774, Consultorio 3, Horto, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 98862-8922

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

Data de Emissão: 28/12/2025

Data de Validade: 27/01/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Ana Clara Cunha Senra

Endereço:

1. **CANABIDIOL - *MEDKAYA* - PRODUTO DE CANNABIS CBD 200MG/ML + THC 2MG/ML + CBG 20MG/ML**
20% CBD + 0,2% THC (full) + CBG 2% - HSO ----- *30mL/mês *

Tomar 10 gotas depois do café, do almoço e do jantar até nova consulta médica.

Sujeito a ajuste de dose

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 DEISE FELIX QUINTAO CORREA em 28/12/2025 15:33, 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/api/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-3ZM5XVKS