

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). KAREN KEITH ANDRADE WENDLER

CRM: 40189 - PR

Endereço: Rua Maria Luiza Bazzani Natal, 381, Casa 13, Uberaba, Curitiba - PR

Telefone: (41) 99205-5600

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 14/11/2024

Data de Validade: 14/12/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Mariza Marques Teixeira

Endereço: Rua Vitelmina Araújo Silva, 235, Pedreira, São Paulo - SP

Sexo: Feminino **Idade:** 5

1. **MEDKAYA USA CBD Full Spectrum 1500mg/30mL** ----- 03 frascos

uso Sublingual:

- Na primeira semana, iniciar com 1 gota, 2 vezes ao dia.
- Na segunda semana em diante, aumentar para 3 gotas, 2 vezes ao dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____



Receituário de Controle Especial

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por KAREN KEITH ANDRADE WENDLER em 14/11/2024 13:13, conforme MP nº 2.200-2/2001 e Resolução CFM nº 2.299/2021.

A assinatura digital deste documento poderá ser verificada 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



Código: CFMBYDUan5

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). KAREN KEITH ANDRADE WENDLER

CRM: 40189 - PR

Endereço: Rua Maria Luiza Bazzani Natal, 381, Casa 13, Uberaba, Curitiba - PR

Telefone: (41) 99205-5600

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 14/11/2024

Data de Validade: 14/12/2024

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Mariza Marques Teixeira

Endereço: Rua Vitelmina Araújo Silva, 235, Pedreira, São Paulo - SP

Sexo: Feminino **Idade:** 5

1. **MEDKAYA USA CBD Full Spectrum 1500mg/30mL** ----- 03 frascos

uso Sublingual:

- Na primeira semana, iniciar com 1 gota, 2 vezes ao dia.
- Na segunda semana em diante, aumentar para 3 gotas, 2 vezes ao dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____



Receituário de Controle Especial

Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por KAREN KEITH ANDRADE WENDLER em 14/11/2024 13:13, conforme MP nº 2.200-2/2001 e Resolução CFM nº 2.299/2021.

A assinatura digital deste documento poderá ser verificada 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



Código: CFMBYDUan5