

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). CAROLYNE CÉSAR LIMA

PSIQUIATRIA - Psiquiatria da Infância e Adolescência - RQE nº 38103
PSIQUIATRIA - RQE nº 38102

CPF: 088.345.076-30 CRM: 52-968374 - RJ

Endereço: Avenida Nossa Senhora de Copacabana, 583, de 583 a 831 - lado
ímpar, Copacabana, Rio de Janeiro - RJ

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 26/04/2025

Data de Validade: 26/05/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Leticia Taborda Veronez

Endereço:

1. **OLEO CBD MEDKAYA FULL SPECTRUM 10%** ----- 03 frascos

Tomar 5 gotas de manhã e 10 gotas a noite.

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 CAROLYNE CÉSAR LIMA em 26/04/2025 13:50, 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-MVCZY5UV

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). CAROLYNE CÉSAR LIMA

PSIQUIATRIA - Psiquiatria da Infância e Adolescência - RQE nº 38103
PSIQUIATRIA - RQE nº 38102

CPF: 088.345.076-30 CRM: 52-968374 - RJ

Endereço: Avenida Nossa Senhora de Copacabana, 583, de 583 a 831 - lado
ímpar, Copacabana, Rio de Janeiro - RJ

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 26/04/2025

Data de Validade: 26/05/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Leticia Taborda Veronez

Endereço:

1. **OLEO CBD MEDKAYA FULL SPECTRUM 10%** ----- 03 frascos

Tomar 5 gotas de manhã e 10 gotas a noite.

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 CAROLYNE CÉSAR LIMA em
26/04/2025 13:50, 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-MVCZY5UV