

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). CAIO ABUJADI

CPF: 282.346.358-59 CRM: 117610 - SP

Endereço: Avenida Doutor Hermas Braga, 396, Nova Campinas, Campinas - SP

Telefone: (21) 96733-9777

Cidade: Campinas

UF: SP

Data de Emissão: 28/08/2025

Data de Validade: 27/09/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: VINICIUS FERREIRA DE SOUZA

Endereço: Rua Aparecida da Costa Sobrinho, 148, (Residencial Pazetti), Saltinho, Paulínia - SP

Sexo: Masculino **Idade:** 23

1. **PURODIOL** 200 mg ----- 03 frascos / mes

Purodiol 200 mg, Canabidiol ----- frasco de 30 mg

3 frascos por mês / 36 frascos anuais

Tomar 1,5 ml de 12/12 horas

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 CAIO ABUJADI em 28/08/2025 14:10, 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-X7J5UGPR

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). CAIO ABUJADI

CPF: 282.346.358-59 CRM: 117610 - SP

Endereço: Avenida Doutor Hermas Braga, 396, Nova Campinas, Campinas - SP

Telefone: (21) 96733-9777

Cidade: Campinas

UF: SP

Data de Emissão: 28/08/2025

Data de Validade: 27/09/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: VINICIUS FERREIRA DE SOUZA

Endereço: Rua Aparecida da Costa Sobrinho, 148, (Residencial Pazetti), Saltinho, Paulínia - SP

Sexo: Masculino Idade: 23

1. PURODIOL 200 mg ----- 03 frascos / mes

Purodiol 200 mg, Canabidiol ----- frasco de 30 mg

3 frascos por mês / 36 frascos anuais

Tomar 1,5 ml de 12/12 horas

Uso contínuo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone:(_____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____



Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por CAIO ABUJADI em 28/08/2025 14:10, 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-X7J5UGPR