

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). ALFREDO LOHR JUNIOR**

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA - RQE nº 3260  
NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA - RQE nº 10923

CRM: 5657 - PR

Endereço: Avenida Cândido Hartmann, 570, CONJ 311/312, Mercês, Curitiba  
- PR

Telefone: (41 ) 99727-0686

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 10/09/2025

Data de Validade: 10/10/2025

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** ELIAQUIM JOSE WISNESKY FERREIRA

**Endereço:** R: BRASILIO ITIBERE, 3940, 102 B, AGUA VERDE, Curitiba - PR

**Sexo:** Masculino **Idade:** 34

1. **CANABIDIOL FARMA USA 200 MG/ML** ----- 03 FRASCOS

TOMAR 1 ML VIA ORAL 12/12H

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 ALFREDO LOHR JUNIOR em 10/09/2025 17:10, 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](https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-AQR5JTK

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). ALFREDO LOHR JUNIOR**

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA - RQE nº 3260  
NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA - RQE nº 10923

CRM: 5657 - PR

Endereço: Avenida Cândido Hartmann, 570, CONJ 311/312, Mercês, Curitiba  
- PR

Telefone: (41 ) 99727-0686

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 10/09/2025

Data de Validade: 10/10/2025

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** ELIAQUIM JOSE WISNESKY FERREIRA

**Endereço:** R: BRASILIO ITIBERE, 3940, 102 B, AGUA VERDE, Curitiba - PR

**Sexo:** Masculino **Idade:** 34

1. **CANABIDIOL FARMA USA 200 MG/ML** ----- 03 FRASCOS

TOMAR 1 ML VIA ORAL 12/12H

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 ALFREDO LOHR JUNIOR em 10/09/2025 17:10, 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](https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-AQR5JTK