

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LETÍCIA PUGIM FERREIRA

PEDIATRIA - RQE nº 30700

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 34536

CPF: 088.144.589-44 CRM: 40896 - PR

Endereço: Rua Hildebrando Cordeiro, 147, Campina da Siqueira, Curitiba - PR

Telefone: (41) 98898-3165

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 15/01/2026

Data de Validade: 14/02/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 167.167.719-64 - Liz Alves De Barros

Endereço: Rua Assis Figueiredo 187

Sexo: Feminino Idade: 2

1. **CANABIDIOL ISOLADO - FARMA USA** 100mg/ml ----- 3 frascos

Uso Oral

Dar 0,3ml de 12/12h, 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 LETÍCIA PUGIM FERREIRA em 15/01/2026 11:55, 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-N4EFLHNA

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LETÍCIA PUGIM FERREIRA

PEDIATRIA - RQE nº 30700

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 34536

CPF: 088.144.589-44 CRM: 40896 - PR

Endereço: Rua Hildebrando Cordeiro, 147, Campina da Siqueira, Curitiba - PR

Telefone: (41) 98898-3165

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 15/01/2026

Data de Validade: 14/02/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 167.167.719-64 - Liz Alves De Barros

Endereço: Rua Assis Figueiredo 187

Sexo: Feminino Idade: 2

1. **CANABIDIOL ISOLADO - FARMA USA** 100mg/ml ----- 3 frascos

Uso Oral

Dar 0,3ml de 12/12h, 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 LETÍCIA PUGIM FERREIRA em 15/01/2026 11:55, 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-N4EFLHNA