

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). KARINA SOARES LOUTFI**

PEDIATRIA - RQE nº 36389

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 49894

CRM: 29904 - MG

Endereço: Av Contorno, 4747, 601, Funcionários, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31 ) 98711-7519

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

Data de Emissão: 26/01/2026

Data de Validade: 25/02/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: MANUELLA FERREIRA DE SOUZA LAGE

Endereço:

Sexo: N

1. **CANABIDIOL FARMAUSA** 200mg/ml ----- 12 frascos

Dar 0,4 ml de 12 e, 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 KARINA SOARES LOUTFI em 26/01/2026 18:49, 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-BLTQSB8M

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). KARINA SOARES LOUTFI**

PEDIATRIA - RQE nº 36389

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 49894

CRM: 29904 - MG

Endereço: Av Contorno, 4747, 601, Funcionários, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31 ) 98711-7519

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

Data de Emissão: 26/01/2026

Data de Validade: 25/02/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: MANUELLA FERREIRA DE SOUZA LAGE

Endereço:

Sexo: N

1. **CANABIDIOL FARMAUSA** 200mg/ml ----- 12 frascos

Dar 0,4 ml de 12 e, 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 KARINA SOARES LOUTFI em 26/01/2026 18:49, 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-BLTQSB8M