

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MAÍNE VIDAL MACÊDO

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 33746

PEDIATRIA - RQE nº 33745

CRM: 52-1053400 - RJ

Endereço: Rua Miguel de Frias, 150, Sala 809, Icaraí, Niterói - RJ

Telefone: (21) 99143-8484

Cidade: Niterói

UF: RJ

Data de Emissão: 10/03/2026

Data de Validade: 09/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Samuel de Oliveira Gonçalves

Endereço:

Sexo: Masculino

1. **CANABIDIOL FARMAUSA** 100mg/ml ----- 3 vidros

Uso oral contínuo:

Canabidiol FarmaUsa Isolado (100mg/ml) ---- 3 vidros

Dar 0,5 ml de 12/12h

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 MAÍNE VIDAL MACÊDO em 10/03/2026 17:56, 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-KMDLSDTU

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MAÍNE VIDAL MACÊDO

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 33746

PEDIATRIA - RQE nº 33745

CRM: 52-1053400 - RJ

Endereço: Rua Miguel de Frias, 150, Sala 809, Icaraí, Niterói - RJ

Telefone: (21) 99143-8484

Cidade: Niterói

UF: RJ

Data de Emissão: 10/03/2026

Data de Validade: 09/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Samuel de Oliveira Gonçalves

Endereço:

Sexo: Masculino

1. **CANABIDIOL FARMAUSA** 100mg/ml ----- 3 vidros

Uso oral contínuo:

Canabidiol FarmaUsa Isolado (100mg/ml) ---- 3 vidros

Dar 0,5 ml de 12/12h

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 MAÍNE VIDAL MACÊDO em 10/03/2026 17:56, 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-KMDLSDTU