

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MARCIO MOACYR DE VASCONCELOS

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA - RQE nº 7232

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA - RQE nº 7232

CRM: 52-495830 - RJ

Endereço: Avenida das Américas, 700, Sala 229 Bloco 6, Barra da Tijuca,
Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 98741-6187

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 27/02/2026

Data de Validade: 29/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: JOÃO PEDRO REBOUÇAS DE LIMA

Endereço:

Sexo: Masculino Idade: 7

1. **CANABIDIOL FARMAUSA** Solução oral 200 mg/mL ----- 03 Frascos

USO ORAL:

Dar **0,7 mL** por via oral duas vezes ao dia, diariamente, sempre às refeições.

(Dose diária = 1,4 mL = 280 mg)

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 MARCIO MOACYR DE VASCONCELOS em 27/02/2026 10:57, 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/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-GLR2GWMP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). **MARCIO MOACYR DE VASCONCELOS**

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA - RQE nº 7232
NEUROLOGIA PEDIÁTRICA - RQE nº 7232

CRM: 52-495830 - RJ

Endereço: Avenida das Américas, 700, Sala 229 Bloco 6, Barra da Tijuca,
Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 98741-6187

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 27/02/2026

Data de Validade: 29/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: JOÃO PEDRO REBOUÇAS DE LIMA

Endereço:

Sexo: Masculino Idade: 7

1. **CANABIDIOL FARMAUSA** Solução oral 200 mg/mL ----- 03 Frascos

USO ORAL:

Dar **0,7 mL** por via oral duas vezes ao dia, diariamente, sempre às refeições.

(Dose diária = 1,4 mL = 280 mg)

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 MARCIO MOACYR DE VASCONCELOS em 27/02/2026 10:57, 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/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-GLR2GWMP