

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). SERGIO ANTONIO ANTONIUK**

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA - RQE nº 1856

CPF: 320.208.729-00 CRM: 6753 - PR

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

Telefone: (41 ) 99990-0823

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 27/10/2025

Data de Validade: 26/11/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Samuel de Lima Sydor

**Endereço:** Avenida Vereador Rubem Siqueira Ribas, de 945/946 a 4799/4800,  
Santa Cruz, Guarapuava - PR

**Sexo:** Masculino

1. **CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML ----- 2 FRASCOS -----** Usar 0,5 ml ao dia

## 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 SERGIO ANTONIO ANTONIUK em 27/10/2025 15:51, 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-J8QVB984

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). SERGIO ANTONIO ANTONIUK**

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA - RQE nº 1856

CPF: 320.208.729-00 CRM: 6753 - PR

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

Telefone: (41 ) 99990-0823

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 27/10/2025

Data de Validade: 26/11/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Samuel de Lima Sydor

**Endereço:** Avenida Vereador Rubem Siqueira Ribas, de 945/946 a 4799/4800,  
Santa Cruz, Guarapuava - PR

**Sexo:** Masculino

1. **CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML ----- 2 FRASCOS -----** Usar 0,5 ml ao dia

## 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 SERGIO ANTONIO ANTONIUK em 27/10/2025 15:51, 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-J8QVB984