

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). LETÍCIA PUGIM FERREIRA**

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 34536  
PEDIATRIA - RQE nº 30700

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: 18/11/2025

Data de Validade: 18/12/2025

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Rebeca Pereira de Lima

**Endereço:**

1. **CANABIDIOL ISOLADO - FARMA USA 200mg/ml** ----- 3 frascos

Uso Oral

Primeiros 3 dias - dar 0,1ml de 12/12h

Após, dar 0,2ml de 12/12h até o retorno

## 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 18/11/2025 17:46, 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-EM6MVX3N

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LETÍCIA PUGIM FERREIRA

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 34536  
PEDIATRIA - RQE nº 30700

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: 18/11/2025

Data de Validade: 18/12/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Rebeca Pereira de Lima

Endereço:

1. CANABIDIOL ISOLADO - FARMA USA 200mg/ml ----- 3 frascos

Uso Oral

Primeiros 3 dias - dar 0,1ml de 12/12h

Após, dar 0,2ml de 12/12h até o retorno

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 18/11/2025 17:46, 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-EM6MVX3N