

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ALEXANDRE RIBEIRO FERNANDES

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 50480

CRM: 52-588664 - RJ

Endereço: Rua Visconde de Silva, 52, Sala 603, Botafogo, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 99755-6233

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 24/03/2026

Data de Validade: 23/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 213.940.777-69 - Estella da Silva Querino

Endereço: Estrada do Guandu, 160, Santa Cruz, Rio de Janeiro - RJ

Sexo: Feminino **Idade:** 7

1. **CANABIDIOL FARMA USA 100 MG/ML** 100 mg/ml ----- 3 vidros

Dar 0.9 ml ----- 12/12 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 ALEXANDRE RIBEIRO FERNANDES em 24/03/2026 12:22, 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-2MLJFTY7

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). ALEXANDRE RIBEIRO FERNANDES

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 50480

CRM: 52-588664 - RJ

Endereço: Rua Visconde de Silva, 52, Sala 603, Botafogo, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 99755-6233

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 24/03/2026

Data de Validade: 23/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 213.940.777-69 - Estella da Silva Querino

Endereço: Estrada do Guandu, 160, Santa Cruz, Rio de Janeiro - RJ

Sexo: Feminino **Idade:** 7

1. **CANABIDIOL FARMA USA 100 MG/ML** 100 mg/ml ----- 3 vidros

Dar 0.9 ml ----- 12/12 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 ALEXANDRE RIBEIRO FERNANDES em 24/03/2026 12:22, 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-2MLJFTY7