

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LARISSA COIMBRA ALENCAR

CPF: 034.733.043-60 CRM: 24427 - CE

Endereço: Av. Washington Soares, 3663, WSTC Torre 1 Sala 1214, Fortaleza - CE

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Data de Emissão: 26/03/2026

Data de Validade: 25/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Heitor Girão de Melo

Endereço: AENIDA JOÃO PESSOA, 4056, DAMAS, Fortaleza - CE

Sexo: Masculino

1. CANABIDIOL (FARMAUSA) 100MG/ML ----- 02 FRASCOS

INICIAR COM 0,25 ML, A NOITE
APÓS 10 DIAS, PASSAR A DAR 0,5 ML, A NOITE
APÓS 20 DIAS, PASSAR A DAR 0,75 ML, A NOITE
APÓS 30 DIAS, PASSAR A DAR 01 ML, A NOITE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone:(_____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____



Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por LARISSA COIMBRA ALENCAR em 26/03/2026 12:39, 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-UKEF224B

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LARISSA COIMBRA ALENCAR

CPF: 034.733.043-60 CRM: 24427 - CE

Endereço: Av. Washington Soares, 3663, WSTC Torre 1 Sala 1214, Fortaleza - CE

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Data de Emissão: 26/03/2026

Data de Validade: 25/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Heitor Girão de Melo

Endereço: AENIDA JOÃO PESSOA, 4056, DAMAS, Fortaleza - CE

Sexo: Masculino

1. CANABIDIOL (FARMAUSA) 100MG/ML ----- 02 FRASCOS

INICIAR COM 0,25 ML, A NOITE
APÓS 10 DIAS, PASSAR A DAR 0,5 ML, A NOITE
APÓS 20 DIAS, PASSAR A DAR 0,75 ML, A NOITE
APÓS 30 DIAS, PASSAR A DAR 01 ML, A NOITE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone:(_____) _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA ____/____/____



Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por LARISSA COIMBRA ALENCAR em 26/03/2026 12:39, 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-UKEF224B