

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). CARLA QUERO CUNHA RODRIGUES

PEDIATRIA - RQE nº 22243

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 22244

CRM: 52-868787 - RJ

Endereço: Rua Nelson Pecegueiro do Amaral, 84, Sala 302 e Sala 303,
Costazul, Rio das Ostras - RJ

Telefone: (21) 96870-0867

Cidade: Rio das Ostras

UF: RJ

Data de Emissão: 09/02/2026

Data de Validade: 11/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Daniel Jorge de Souza Monteiro

Endereço:

Sexo: N

1. **CANABIDIOL FARMAUSA DAY BROAD SPECTRUM 200 mg/ml** ----- 2 frascos

Tomar 0,1 ml de 12/12 horas

Ajustar 0,1 ml por semana, ate 0,5 ml de 12/12 horas

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 CARLA QUERO CUNHA RODRIGUES em 09/02/2026 11:37, 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-EJ9KWNKYK

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). CARLA QUERO CUNHA RODRIGUES

PEDIATRIA - RQE nº 22243

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 22244

CRM: 52-868787 - RJ

Endereço: Rua Nelson Pecegueiro do Amaral, 84, Sala 302 e Sala 303,
Costazul, Rio das Ostras - RJ

Telefone: (21) 96870-0867

Cidade: Rio das Ostras

UF: RJ

Data de Emissão: 09/02/2026

Data de Validade: 11/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Daniel Jorge de Souza Monteiro

Endereço:

Sexo: N

1. **CANABIDIOL FARMAUSA DAY BROAD SPECTRUM 200 mg/ml** ----- 2 frascos

Tomar 0,1 ml de 12/12 horas

Ajustar 0,1 ml por semana, ate 0,5 ml de 12/12 horas

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 CARLA QUERO CUNHA RODRIGUES em 09/02/2026 11:37, 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-EJ9KWNKYK