

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: 26/03/2026

Data de Validade: 25/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Nautam Cordeiro Chagas

Endereço: Rua Jeremias Maciel Perretto, 1288, casa 03, Campo Comprido, Curitiba
- PR

Sexo: Masculino **Idade:** 15

1. **CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML----- 3 VIDROS -----** Usar: 1ml 3x 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 26/03/2026 11:47, 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-LHLM4W32

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: 26/03/2026

Data de Validade: 25/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Nautam Cordeiro Chagas

Endereço: Rua Jeremias Maciel Perretto, 1288, casa 03, Campo Comprido, Curitiba
- PR

Sexo: Masculino **Idade:** 15

1. **CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML----- 3 VIDROS -----** Usar: 1ml 3x 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 26/03/2026 11:47, 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-LHLM4W32