

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). **FERNANDA LUZ TEIXEIRA**

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 26271

CRM: 46790 - MG

Endereço: Rua Padre Marinho, 49, Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 99747-7063

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

Data de Emissão: 18/09/2025

Data de Validade: 18/10/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 167.181.086-42 - HEITOR PATRICIO VIEIRA

Endereço: Rua Paraíba, Célia, Vespasiano - MG

Sexo: Masculino Idade: 7

1. **CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML** ----- 1 frasco/mês (12 frascos/ano)

Uso oral

Dar 0,5ML de 12/12h, uso contínuo

Indicação: Autismo nível 3 de suporte (CID 10 F84)

Receita válida por 3 meses

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 FERNANDA LUZ TEIXEIRA em 18/09/2025 14:54, 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-G92SLC68