

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). FELIPE GUIMARÃES DE CASTRO AMORIM

PSIQUIATRIA - RQE nº 26616

PSIQUIATRIA - Psiquiatria da Infância e Adolescência - RQE nº 28786

CRM: 45587 - MG

Endereço: Rua dos Otoni, 735, Sala 1112, Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 97524-3086

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

Data de Emissão: 10/04/2026

Data de Validade: 10/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Miguel Del Vecchio Chamone

Endereço:

Sexo: Masculino Idade: 10

1. **CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML** ----- 03 FRASCOS

USO ORAL

Tomar 0,2ml 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 FELIPE GUIMARÃES DE CASTRO AMORIM em 10/04/2026 12:47, 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-HN5RJXT4

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). FELIPE GUIMARÃES DE CASTRO AMORIM

PSIQUIATRIA - RQE nº 26616

PSIQUIATRIA - Psiquiatria da Infância e Adolescência - RQE nº 28786

CRM: 45587 - MG

Endereço: Rua dos Otoni, 735, Sala 1112, Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 97524-3086

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

Data de Emissão: 10/04/2026

Data de Validade: 10/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Miguel Del Vecchio Chamone

Endereço:

Sexo: Masculino Idade: 10

1. **CANABIDIOL FARMAUSA 200MG/ML** ----- 03 FRASCOS

USO ORAL

Tomar 0,2ml 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 FELIPE GUIMARÃES DE CASTRO AMORIM em 10/04/2026 12:47, 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-HN5RJXT4