

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). PATRICIA DE BARROS VIEGAS ANNO

PEDIATRIA - RQE nº 6901

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 6992

CPF: 382.945.558-51 CRM: 8655 - MS

Endereço: Rua Presidente Vargas, 1695, Dourados Medical Center - Sala 310, Vila Progresso, Dourados - MS

Telefone: (67) 99264-7737

Cidade: Dourados

UF: MS

Data de Emissão: 05/11/2025

Data de Validade: 05/12/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Arthur Garlet Bitencourt

Endereço: Santa fé, 465, Dourados - MS

Sexo: Masculino **Idade:** 9

1. **CANABIDIOL FARMAUSA ISOLADO** 200mg/ml ----- 3 frascos

Dar 3 gotas, via oral, 3 vezes 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 PATRICIA DE BARROS VIEGAS ANNO em 05/11/2025 10:14, 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-QTWRYTKJ

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). PATRICIA DE BARROS VIEGAS ANNO

PEDIATRIA - RQE nº 6901

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 6992

CPF: 382.945.558-51 CRM: 8655 - MS

Endereço: Rua Presidente Vargas, 1695, Dourados Medical Center - Sala 310, Vila Progresso, Dourados - MS

Telefone: (67) 99264-7737

Cidade: Dourados

UF: MS

Data de Emissão: 05/11/2025

Data de Validade: 05/12/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Arthur Garlet Bitencourt

Endereço: Santa fé, 465, Dourados - MS

Sexo: Masculino **Idade:** 9

1. **CANABIDIOL FARMAUSA ISOLADO** 200mg/ml ----- 3 frascos

Dar 3 gotas, via oral, 3 vezes 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 PATRICIA DE BARROS VIEGAS ANNO em 05/11/2025 10:14, 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-QTWRYTKJ