

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARCELO MOREN NETTO**

CPF: 115.231.137-90 CRM: 52-982377 - RJ

Endereço: Rua Dezesseis, 109, Loja 112, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Telefone: (24) 99846-0909

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Data de Emissão: 04/08/2026

Data de Validade: 03/09/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Irma Regina Zago Tonini

Endereço:

Sexo: Não Informado

### 1. EXTRATO INTEGRAL (FULLSPECTRUM) DE CANNABIS

100mg/mL - CBD 10% + THC 0,2% + CBG 1% + 0,1% Canabinóides menores + 0,03% Vitamina E (Tocoferol) + Excipiente TCM(1un) 2 frascos/ 30 ml

Uso oral:

20 gts 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 MARCELO MOREN NETTO em 04/08/2026 15:24, 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/documento>

Acesse o documento em:

[https://prescricao.cfm.org.br/documento?\\_format=application/pdf](https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-YADLKAJW

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARCELO MOREN NETTO**

CPF: 115.231.137-90 CRM: 52-982377 - RJ

Endereço: Rua Dezesseis, 109, Loja 112, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Telefone: (24) 99846-0909

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Data de Emissão: 04/08/2026

Data de Validade: 03/09/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Irma Regina Zago Tonini

Endereço:

Sexo: Não Informado

### 1. EXTRATO INTEGRAL (FULLSPECTRUM) DE CANNABIS

100mg/mL - CBD 10% + THC 0,2% + CBG 1% + 0,1% Canabinóides menores + 0,03% Vitamina E (Tocoferol) + Excipiente TCM(1un) 2 frascos/ 30 ml

Uso oral:

20 gts 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 MARCELO MOREN NETTO em 04/08/2026 15:24, 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/documento>

Acesse o documento em:

[https://prescricao.cfm.org.br/documento?\\_format=application/pdf](https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-YADLKAJW