

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). SALO BUKSMAN

MEDICINA INTERNA OU CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 3207
GERIATRIA - RQE nº 50577

CRM: 52-314653 - RJ

Endereço: Rua Visconde de Pirajá, 351, 304, Ipanema, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 3592-2949

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 06/05/2026

Data de Validade: 05/06/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Sônia Regina Faber Torres

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **EXTRATO RICO EM CANABINOIDES** CBD 10% + THC 0,2% ----- 90 ml - ajuste de dose

Tomar 10 gotas 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 SALO BUKSMAN em 06/05/2026 18:13, 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



CFMP-RE-TDEVCH37

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). SALO BUKSMAN

MEDICINA INTERNA OU CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 3207
GERIATRIA - RQE nº 50577

CRM: 52-314653 - RJ

Endereço: Rua Visconde de Pirajá, 351, 304, Ipanema, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 3592-2949

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 06/05/2026

Data de Validade: 05/06/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Sônia Regina Faber Torres

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **EXTRATO RICO EM CANNABINOIDES** CBD 10% + THC 0,2% ----- 90 ml - ajuste de dose

Tomar 10 gotas 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 SALO BUKSMAN em 06/05/2026 18:13, 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



CFMP-RE-TDEVCH37