

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LUIZ ALBERTO DANON

CIRURGIA GERAL - RQE nº 35273

CRM: 52-534378 - RJ

Endereço: Rua Desembargador Izidro, 28, 1101, Tijuca, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 99983-2272

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 13/08/2026

Data de Validade: 12/09/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 852.340.447-34 - Mônica de Albuquerque Pereira Cavalcanti

Endereço:

Sexo: Masculino **Idade:** 60

1. **CBD SLEEP DA AUSTRAL HEMP (3000 MG DE CBD FULL SPECTRUM EM 30 ML, COM 100 MG POR ML E 5 MG POR GOTA)**

Ingerir inicialmente 3 gotas de 12 em 12 horas, aumentando apos o terceiro dia, 1 gota caso haja necessidade

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 LUIZ ALBERTO DANON em 13/08/2026 12:59, 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-6UHGDRAT

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LUIZ ALBERTO DANON

CIRURGIA GERAL - RQE nº 35273

CRM: 52-534378 - RJ

Endereço: Rua Desembargador Izidro, 28, 1101, Tijuca, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 99983-2272

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 13/08/2026

Data de Validade: 12/09/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 852.340.447-34 - Mônica de Albuquerque Pereira Cavalcanti

Endereço:

Sexo: Masculino Idade: 60

1. **CBD SLEEP DA AUSTRAL HEMP (3000 MG DE CBD FULL SPECTRUM EM 30 ML, COM 100 MG POR ML E 5 MG POR GOTA)**

Ingerir inicialmente 3 gotas de 12 em 12 horas, aumentando apos o terceiro dia, 1 gota caso haja necessidade

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 LUIZ ALBERTO DANON em 13/08/2026 12:59, 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-6UHGDRAT