

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LETICIA COELHO BORTONI

CRM: 245168 - SP

Endereço: Rua Augusta, 890, Consolação, São Paulo - SP

Cidade: São Paulo

UF: SP

Data de Emissão: 25/05/2026

Data de Validade: 24/06/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 450.986.598-84 - André Macedo Rodrigues

Endereço: Rua Povoação, 114, Jardim Nossa Senhora do Carmo, São Paulo - SP

Sexo: Masculino Idade: 30

1. **PRODUTO DE CANNABIS FULL SPECTRUM CBD 200MG/ML + THC MENOR QUE 2MG/ML - 20% CBD + MENOR QUE 0,2% THC - HSO**
200mg/ml ----- 2 frascos

-> Iniciar com
1 gota pela manhã após o café-da-manhã
1 gota após jantar
-> Após 7 dias passar para
3 gotas pela manhã após o café-da-manhã
3 gotas após jantar
-> Após 7 dias passar para
5 gotas pela manhã após o café-da-manhã
5 gotas após jantar
-> Após 7 dias passar para
5 gotas pela manhã após o café-da-manhã
8 gotas após jantar
-> Após 7 dias passar para
5 gotas pela manhã após o café-da-manhã
10 gotas após jantar

Ajuste de dose: 2 meses 60 ml - uso contínuo

CID F41.1

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 LETICIA COELHO BORTONI em 25/05/2026 11:35, 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-NHB9V4WW

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LETICIA COELHO BORTONI

CRM: 245168 - SP

Endereço: Rua Augusta, 890, Consolação, São Paulo - SP

Cidade: São Paulo

UF: SP

Data de Emissão: 25/05/2026

Data de Validade: 24/06/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 450.986.598-84 - André Macedo Rodrigues

Endereço: Rua Povoação, 114, Jardim Nossa Senhora do Carmo, São Paulo - SP

Sexo: Masculino **Idade:** 30

Orientações:

Agitar antes de usar

Pingar as gotas em uma colher e administrar sob a língua. Aguardar 30-60 segundos antes de engolir.

Evitar administrar em jejum prolongado

Reavaliação médica após 30 dias após início da medicação

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 LETICIA COELHO BORTONI em 25/05/2026 11:35, 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-NHB9V4WW

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LETICIA COELHO BORTONI

CRM: 245168 - SP

Endereço: Rua Augusta, 890, Consolação, São Paulo - SP

Cidade: São Paulo

UF: SP

Data de Emissão: 25/05/2026

Data de Validade: 24/06/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 450.986.598-84 - André Macedo Rodrigues

Endereço: Rua Povoação, 114, Jardim Nossa Senhora do Carmo, São Paulo - SP

Sexo: Masculino Idade: 30

1. **PRODUTO DE CANNABIS FULL SPECTRUM CBD 200MG/ML + THC MENOR QUE 2MG/ML - 20% CBD + MENOR QUE 0,2% THC - HSO**
200mg/ml ----- 2 frascos

-> Iniciar com
1 gota pela manhã após o café-da-manhã
1 gota após jantar
-> Após 7 dias passar para
3 gotas pela manhã após o café-da-manhã
3 gotas após jantar
-> Após 7 dias passar para
5 gotas pela manhã após o café-da-manhã
5 gotas após jantar
-> Após 7 dias passar para
5 gotas pela manhã após o café-da-manhã
8 gotas após jantar
-> Após 7 dias passar para
5 gotas pela manhã após o café-da-manhã
10 gotas após jantar

Ajuste de dose: 2 meses 60 ml - uso contínuo

CID F41.1

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 LETICIA COELHO BORTONI em 25/05/2026 11:35, 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-NHB9V4WW

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LETICIA COELHO BORTONI

CRM: 245168 - SP

Endereço: Rua Augusta, 890, Consolação, São Paulo - SP

Cidade: São Paulo

UF: SP

Data de Emissão: 25/05/2026

Data de Validade: 24/06/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 450.986.598-84 - André Macedo Rodrigues

Endereço: Rua Povoação, 114, Jardim Nossa Senhora do Carmo, São Paulo - SP

Sexo: Masculino **Idade:** 30

Orientações:

Agitar antes de usar

Pingar as gotas em uma colher e administrar sob a língua. Aguardar 30-60 segundos antes de engolir.

Evitar administrar em jejum prolongado

Reavaliação médica após 30 dias após início da medicação

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 LETICIA COELHO BORTONI em 25/05/2026 11:35, 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-NHB9V4WW