

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). WANDERSON AMARAL DE MORAES

CRM: 7725 - RO

Endereço: Rua Jardins, 805, Bairro Novo, Porto Velho - RO

Cidade: Porto Velho

UF: RO

Data de Emissão: 24/07/2026

Data de Validade: 23/08/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 084.584.872-09 - LEVI TENÓRIO DE SOUSA

Sexo: Masculino Idade: 7

Endereço:

1. **KANNA FOCUS OIL CDB/ CBG (2:1) 2000MG/1000MG ----- 06 FRASCOS**

USO VIA ORAL:

- PRIMEIRA SEMANA 3 GOTAS PELA MANHÃ.
- SEGUNDA SEMANA 5 GOTAS PELA MANHÃ E 5 GOTAS PELA NOITE.

E SEGUIR NO AJUSTE DE DOSAGEM CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. USAR AS GOTAS PURAS SEM ÁGUA. USO CONTINUO.

Observações: Agite antes de usar; administrar com no mínimo 1h antes de qualquer medicamento alopático; administrar 30 minutos antes ou depois das refeições.

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 WANDERSON AMARAL DE MORAES em 24/07/2026 12:04, 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-HKTHJPVW

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). WANDERSON AMARAL DE MORAES

CRM: 7725 - RO

Endereço: Rua Jardins, 805, Bairro Novo, Porto Velho - RO

Cidade: Porto Velho

UF: RO

Data de Emissão: 24/07/2026

Data de Validade: 23/08/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 084.584.872-09 - LEVI TENÓRIO DE SOUSA

Sexo: Masculino Idade: 7

Endereço:

1. **KANNA FOCUS OIL CDB/ CBG (2:1) 2000MG/1000MG ----- 06 FRASCOS**

USO VIA ORAL:

- PRIMEIRA SEMANA 3 GOTAS PELA MANHÃ.
- SEGUNDA SEMANA 5 GOTAS PELA MANHÃ E 5 GOTAS PELA NOITE.

E SEGUIR NO AJUSTE DE DOSAGEM CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. USAR AS GOTAS PURAS SEM ÁGUA. USO CONTINUO.

Observações: Agite antes de usar; administrar com no mínimo 1h antes de qualquer medicamento alopático; administrar 30 minutos antes ou depois das refeições.

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 WANDERSON AMARAL DE MORAES em 24/07/2026 12:04, 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-HKTHJPVW