

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL



## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DRA. ELLEN R. TEIXEIRA / PEDIATRIA /  
NEUROLOGIA INFANTIL CRM-ES 11209 RQE  
11099 / RQE 11100 FONE: 99748-0226 RUA  
DR ARLINDO SODRÉ, 296, LOJA 01, FÁTIMA,  
SÃO MATEUS/ES

1ª Via Farmácia  
2ª Via Paciente

**MATHEUS DE BRITO PONCIANO**

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**USO ORAL:**

Prescrição: \_\_\_\_\_  
**1- CANABIDIOL NABIX 10.000 MG \_\_\_\_ USO CONTÍNUO**  
**DAR 0,5 ML DE 12/12H.**

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órg.Em.: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do  
Farmacêutico

Data: 31/10/2025

Assinatura e Carimbo.