

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). KARINA SOARES LOUTFI

PEDIATRIA - RQE nº 36389

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 49894

CRM: 29904 - MG

Endereço: Av Contorno, 4747, 601, Funcionários, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 98711-7519

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

Data de Emissão: 18/09/2025

Data de Validade: 18/10/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: HELENA VIANA ETCHEGOYEN

Endereço:

Sexo: N

1. **NABIX 10.000** 100mg CBD/ml + 3mg THC/ml Frasco 100ml ----- 12 frascos/ano

Dar 1 ml VO de 12/12 hs

Uso contínuo

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 KARINA SOARES LOUTFI em 18/09/2025 12:44, 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/api/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-B8TL5PF6

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). KARINA SOARES LOUTFI

PEDIATRIA - RQE nº 36389

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 49894

CRM: 29904 - MG

Endereço: Av Contorno, 4747, 601, Funcionários, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 98711-7519

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

Data de Emissão: 18/09/2025

Data de Validade: 18/10/2025

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: HELENA VIANA ETCHEGOYEN

Endereço:

Sexo: N

1. **NABIX 10.000** 100mg CBD/ml + 3mg THC/ml Frasco 100ml ----- 12 frascos/ano

Dar 1 ml VO de 12/12 hs

Uso contínuo

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 KARINA SOARES LOUTFI em 18/09/2025 12:44, 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/api/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-B8TL5PF6