

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). ASSUNCION MARTINEZ LIEM**

CRM: 52-742732 - RJ

Endereço: Rua Domício da Gama, 680, até 712 - lado par, Araçatiba, Maricá - RJ

Telefone: (21) 98782-9439

Cidade: Maricá

UF: RJ

**Data de Emissão:** 27/01/2026

**Data de Validade:** 26/02/2026

**1ª VIA FARMÁCIA**

**2ª VIA PACIENTE**

**Paciente:** 181.016.187-83 - LUCAS DE SOUZA FERREIRA

**Endereço:**

**Sexo:** N **Idade:** 11

1. **NABIX** ----- 2 FRASCO COM 100ML

## USO ORAL

1. NABIX ( 10.000MG CBD + 300 MG THC ) - 100MG/ML . 2 FRASCO COM 100ML  
1 ML SL DE 12/ 12 HORAS.

## 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 ASSUNCION MARTINEZ LIEM em 27/01/2026 16:30, 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](https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-H8WH3G8X

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). ASSUNCION MARTINEZ LIEM**

CRM: 52-742732 - RJ

Endereço: Rua Domício da Gama, 680, até 712 - lado par, Araçatiba, Maricá - RJ

Telefone: (21) 98782-9439

Cidade: Maricá

UF: RJ

**Data de Emissão:** 27/01/2026

**Data de Validade:** 26/02/2026

**1ª VIA FARMÁCIA**

**2ª VIA PACIENTE**

**Paciente:** 181.016.187-83 - LUCAS DE SOUZA FERREIRA

**Endereço:**

**Sexo:** N **Idade:** 11

1. **NABIX** ----- 2 FRASCO COM 100ML

## USO ORAL

1. NABIX ( 10.000MG CBD + 300 MG THC ) - 100MG/ML . 2 FRASCO COM 100ML  
1 ML SL DE 12/ 12 HORAS.

## 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 ASSUNCION MARTINEZ LIEM em 27/01/2026 16:30, 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](https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-H8WH3G8X