

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). FERNANDO VIEIRA DE SOUZA

CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 114289
HEPATOLOGIA - RQE nº 116673

CPF: 535.015.199-15 CRM: 77856 - SP

Endereço: Rua Mato Grosso, 306, Cj.415, Higienópolis, São Paulo - SP

Telefone: (11) 99689-5202

Cidade: São Paulo

UF: SP

Data de Emissão: 23/01/2026

Data de Validade: 22/02/2026

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: 086.858.598-08 - Nilza Maria Delcorso Fernandes

Endereço: São Paulo - SP

Sexo: Feminino

1. Nabix 10.000, solução oral (1un de 10ml) FarmaUsa

CBD 10.000mg+THC 300mg ----- 3 embalagens

Tomar 1,0ml via oral (V0) a cada 12 horas, duas vezes ao dia. (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 FERNANDO VIEIRA DE SOUZA em 23/01/2026 10:40, 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-336SUP66

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). FERNANDO VIEIRA DE SOUZA

CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 114289
HEPATOLOGIA - RQE nº 116673

CPF: 535.015.199-15 CRM: 77856 - SP

Endereço: Rua Mato Grosso, 306, Cj.415, Higienópolis, São Paulo - SP

Telefone: (11) 99689-5202

Cidade: São Paulo

UF: SP

Data de Emissão: 23/01/2026

Data de Validade: 22/02/2026

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: 086.858.598-08 - Nilza Maria Delcorso Fernandes

Endereço: São Paulo - SP

Sexo: Feminino

1. Nabix 10.000, solução oral (1un de 10ml) FarmaUsa

CBD 10.000mg+THC 300mg ----- 3 embalagens

Tomar 1,0ml via oral (V0) a cada 12 horas, duas vezes ao dia. (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 FERNANDO VIEIRA DE SOUZA em 23/01/2026 10:40, 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-336SUP66