

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª via - Orientação do Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Clinica Cukiert
Neurologia - Epilepsia
CRM 72653
CNPJ: 06.242.592/0001-34
Rua Dr. Alceu de Campos Rodrigues, 247 - Cj 124 - CEP 04544-000
Vila Nova Conceição - SP - Tel/Fax: (11) 5051.6519 - 5054.1079

Paciente: GUILHERME SERRA PEREIRA

Endereço: R SANTO ANTONIO DO RIACHO 631 JARDIM PENHA SAO PAULO
SP

Prescrição:

Uso Int

Nabix Full Spectrum CBD 100 mg /ml + THC 3 mg/ ml _____ 04 frascos /100
ml cada

Tomar 1 ml 12/12 h

25/09/2025

São Paulo, ____/____/____

Dra. Cristine Mello Cukiert
Neurologia - Epilepsia
CRM 72653

Assinatura do Emitente

Identificação do Fornecedor

Identificação do Comprador	
Nome:	_____
Ident:	_____ Org. Emissor: _____
End:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Telefone:	_____

Ass. do Farmacêutico

Data

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Retenção da Farmácia ou Drograria
2ª via - Orientação do Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Clinica Cukiert
Neurologia - Epilepsia
CRM 72653
CNPJ: 06.242.592/0001-34
Rua Dr. Alceu de Campos Rodrigues, 247 - Cj 124 - CEP 04544-000
Vila Nova Conceição - SP - Tel/Fax: (11) 5051.6519 - 5054.1079

Paciente: GUILHERME SERRA PEREIRA

Endereço: R SANTO ANTONIO DO RIACHO 631 JARDIM PENHA SAO PAULO
SP

Prescrição:

Uso Int

Nabix Full Spectrum CBD 100 mg /ml + THC 3 mg/ ml _____ 04 frascos /100
ml cada

Tomar 1 ml 12/12 h

25/09/2025

São Paulo, ____/____/____

Dra. Cristine Mello Cukiert
Neurologia - Epilepsia
CRM 72653

Assinatura do Emitente

Identificação do Fornecedor

Identificação do Comprador	
Nome:	_____
Ident:	_____ Org. Emissor: _____
End:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Telefone:	_____

Ass. do Farmacêutico

Data