

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MATHEUS PHILIPPE TEIXEIRA DE SENA**

CPF: 028.124.316-60 CRM: 80054 - MG

Endereço: Rua Joaquim Vicente Bonfim, 136, Belvedere, Coronel Fabriciano - MG

Telefone: (31 ) 98895-7380

Cidade: Coronel Fabriciano

UF: MG

Data de Emissão: 03/02/2026

Data de Validade: 05/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 028.124.316-60 - MATHEUS PHILIPPE TEIXEIRA DE SENA

Endereço:

Sexo: N Idade: 49

1. **NABIX PREMIUM HEMP OIL** 100 mg/mL CBD + 3 mg/mL THC ----- 100 mL

Tomar, por via oral, 1,0 mL à noite, quando não estiver trabalhando no período noturno.

## 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 MATHEUS PHILIPPE TEIXEIRA DE SENA em 03/02/2026 19:46, 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-Q573GF4R

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MATHEUS PHILIPPE TEIXEIRA DE SENA**

CPF: 028.124.316-60 CRM: 80054 - MG

Endereço: Rua Joaquim Vicente Bonfim, 136, Belvedere, Coronel Fabriciano - MG

Telefone: (31 ) 98895-7380

Cidade: Coronel Fabriciano

UF: MG

Data de Emissão: 03/02/2026

Data de Validade: 05/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 028.124.316-60 - MATHEUS PHILIPPE TEIXEIRA DE SENA

Endereço:

Sexo: N Idade: 49

1. **NABIX PREMIUM HEMP OIL** 100 mg/mL CBD + 3 mg/mL THC ----- 100 mL

Tomar, por via oral, 1,0 mL à noite, quando não estiver trabalhando no período noturno.

## 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 MATHEUS PHILIPPE TEIXEIRA DE SENA em 03/02/2026 19:46, 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-Q573GF4R