

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). JORGE SAMUEL DIAS LIMA**

CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 8941  
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - RQE nº 8257

CRM: 16817 - DF

Endereço: SGAS 612, Asa Sul, Brasília - DF

Telefone: (61) 98184-2248

Cidade: Brasília

UF: DF

Data de Emissão: 15/02/2026

Data de Validade: 17/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** CARLOS FELIPE LIMA DE ALMEIDA

**Endereço:** Avenida Prudente Brasil, 1064, Apto 505A, Passaré, Fortaleza - CE

**Sexo:** Masculino **Idade:** 6

1. **NABIX 10000MG (CANABIDIOL (CBD) 100MG/ML+TETRAIDROCANABIDIOL 3MG/ML)**  
100mg/ml ----- 02 frascos

Oferecer 0,4ml de 12 em 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 JORGE SAMUEL DIAS LIMA em 15/02/2026 02:51, 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/documento>

Acesse o documento em:

[https://prescricao.cfm.org.br/documento?\\_format=application/pdf](https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-5CCMZ49V

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). JORGE SAMUEL DIAS LIMA**

CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 8941  
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - RQE nº 8257

CRM: 16817 - DF

Endereço: SGAS 612, Asa Sul, Brasília - DF

Telefone: (61) 98184-2248

Cidade: Brasília

UF: DF

Data de Emissão: 15/02/2026

Data de Validade: 17/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** CARLOS FELIPE LIMA DE ALMEIDA

**Endereço:** Avenida Prudente Brasil, 1064, Apto 505A, Passaré, Fortaleza - CE

**Sexo:** Masculino **Idade:** 6

1. **NABIX 10000MG (CANABIDIOL (CBD) 100MG/ML+TETRAIDROCANABIDIOL 3MG/ML)**  
100mg/ml ----- 02 frascos

Oferecer 0,4ml de 12 em 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 JORGE SAMUEL DIAS LIMA em 15/02/2026 02:51, 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/documento>

Acesse o documento em:

[https://prescricao.cfm.org.br/documento?\\_format=application/pdf](https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-5CCM49V