

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARILIS TISSOT LARA**

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA - RQE nº 27658

CRM: 10105 - PR

Endereço: Avenida República Argentina, 1160, Sala 1109, Vila Izabel, Curitiba - PR

Telefone: (41 ) 99155-1464

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 19/12/2025

Data de Validade: 18/01/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Miguel Cesar Letis Mattos

**Endereço:** Rua Luiz Ronaldo Canalli, 3175, AP 102, Campo Comprido, Curitiba - PR

**Sexo:** Masculino **Idade:** 9

1. **NABIX 1500 MG 31500 MG CANABIDIOL E 45 MG DE TETRAHIDROCANABINOLTHC** ----- 3 frascos

Uso sublingual

Titular conforme orientação médica até 0,5 ml de 12 em 12 horas e manter nesta dosagem.

Preferência 2 horas antes ou após as outras medicações. Próximo às refeições.

## 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 MARILIS TISSOT LARA em 19/12/2025 10:29, 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-G53YTNZ4

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARILIS TISSOT LARA**

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA - RQE nº 27658

CRM: 10105 - PR

Endereço: Avenida República Argentina, 1160, Sala 1109, Vila Izabel,  
Curitiba - PR

Telefone: (41 ) 99155-1464

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 19/12/2025

Data de Validade: 18/01/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Miguel Cesar Letis Mattos

**Endereço:** Rua Luiz Ronaldo Canalli, 3175, AP 102, Campo Comprido, Curitiba - PR

**Sexo:** Masculino **Idade:** 9

1. **NABIX 1500 MG 31500 MG CANABIDIOL E 45 MG DE TETRAHIDROCANABINOLTHC** ----- 3 frascos

Uso sublingual

Titular conforme orientação médica até 0,5 ml de 12 em 12 horas e manter nesta dosagem.

Preferência 2 horas antes ou após as outras medicações. Próximo às refeições.

## 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 MARILIS TISSOT LARA em 19/12/2025 10:29, 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-G53YTNZ4