

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LÍVIA RODRIGUES FIGUEIREDO

CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 16632

NEUROLOGIA - RQE nº 2894

CPF: 954.971.611-20 CRM: 26244 - PR

Endereço: Alameda Augusto Stellfeld, 1466, Centro, Curitiba - PR

Telefone: (41) 98894-5717

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 03/03/2026

Data de Validade: 02/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 081.211.059-51 - THAILINE ELLEN CHIMIN WOICOLESCO

Endereço: Rua Capitão Acácio Pedroso, 850, (Jardim Iguazu), Yolanda, Foz do Iguazu - PR

1. **NABIX PREMIUM HEMP OIL - 1500MG CBD** 50 mg CBD/ml + 1,5 mg THC/ml ----- 03 frascos

Tomar 0,5 ml de 12/12 horas

(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 LÍVIA RODRIGUES FIGUEIREDO em 03/03/2026 15:56, 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



CFMP-RE-YMXPDLNP

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). LÍVIA RODRIGUES FIGUEIREDO

CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 16632

NEUROLOGIA - RQE nº 2894

CPF: 954.971.611-20 CRM: 26244 - PR

Endereço: Alameda Augusto Stellfeld, 1466, Centro, Curitiba - PR

Telefone: (41) 98894-5717

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 03/03/2026

Data de Validade: 02/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 081.211.059-51 - THAILINE ELLEN CHIMIN WOICOLESCO

Endereço: Rua Capitão Acácio Pedroso, 850, (Jardim Iguazu), Yolanda, Foz do Iguazu - PR

1. **NABIX PREMIUM HEMP OIL - 1500MG CBD** 50 mg CBD/ml + 1,5 mg THC/ml ----- 03 frascos

Tomar 0,5 ml de 12/12 horas

(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 LÍVIA RODRIGUES FIGUEIREDO em 03/03/2026 15:56, 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



CFMP-RE-YMXPDLNP