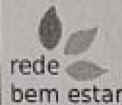




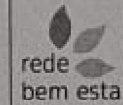
PREFEITURA DE
VITÓRIA
www.vitoria.es.gov.br

Receita Controle Especial
Nº: 1705031/2026



PREFEITURA DE
VITÓRIA
www.vitoria.es.gov.br

Receita Controle Especial
Nº: 1705031/2026



Unidade de Saúde de Jardim da Penha

1ª Via

Unidade de Saúde de Jardim da Penha

Identificação do Emitente:

Nome: MARIA CAROLINA MANFREDINI RIVA
Conselho: CRM Nº: 14278 UF: ES Tel.: 3315-7921
Endereço da US: AVENIDA FRANCISCO GENEROSO DA FONSECA S/N

Paciente: DALZA MARIA FAVARATO DA COSTA

Rua: GENSERICO ENCARNACAO Nº: 130 Comp.: APTO 304
Bairro: MATA DA PRAIA Cidade: VITORIA UF: ES
Micro-Área: 17 Família: 586 Sexo: F Idade: 83 PEP: 328706

Uso Interno

1) Canabidiol (Nabix) 10.000mg cannab/300mg THC 1 Frasco
(s)
0,6ml manhã e noite
Obs.: USO CONTÍNUO

Dra. Maria Carolina Manfredini Riva
Geriatra e Clínica Médica
CRMES 14278/CRMSP 149994
CNS 700009044711002

Data: 17/03/26

MARIA CAROLINA MANFREDINI RIVA
Médico geriatra
Conselho: CRM - ES Nº 14278

Identificação do Requisitante:

Nome: _____ Ident.: _____ Emissor: _____
End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Tel.: _____

Identificação do Fornecedor:

Assinatura do Fornecedor: _____ Data: ____/____/____

Chave: 54c7bfb4-74db-4e24-9baf-b85ef402aa89

Identificação do Emitente:

Nome: MARIA CAROLINA MANFREDINI RIVA
Conselho: CRM Nº: 14278 UF: ES Tel.: 3315-7921
Endereço da US: AVENIDA FRANCISCO GENEROSO DA FONSECA S/N

Paciente: DALZA MARIA FAVARATO DA COSTA

Rua: GENSERICO ENCARNACAO Nº: 130 Comp.: APTO 304
Bairro: MATA DA PRAIA Cidade: VITORIA UF: ES
Micro-Área: 17 Família: 586 Sexo: F Idade: 83 PEP: 328706

Uso Interno

1) Canabidiol (Nabix) 10.000mg cannab/300mg THC 1 Frasco
(s)
0,6ml manhã e noite
Obs.: USO CONTÍNUO

Dra. Maria Carolina Manfredini Riva
Geriatra e Clínica Médica
CRMES 14278/CRMSP 149994
CNS 700009044711002

Data: 17/03/26

MARIA CAROLINA MANFREDINI RIVA
Médico geriatra
Conselho: CRM - ES Nº 14278

Identificação do Requisitante:

Nome: _____ Ident.: _____ Emissor: _____
End.: _____ Cidade: _____ UF: _____ Tel.: _____

Identificação do Fornecedor:

Assinatura do Fornecedor: _____ Data: ____/____/____

Chave: 54c7bfb4-74db-4e24-9baf-b85ef402aa89