

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CENTRO MÉDICO IPATINGA

Rua Jacarandá, 538, sala 2 – Horto, Ipatinga – MG,
CEP: 35160-304
(31) 3801-4950 / (31) 98505-4970

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

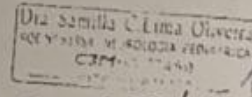
Paciente: Valentina Bragança Arruda

Prescrição

Uso Oral

- 1) Nabix 1500 (CBD 50mg + THC 1,5mg) ----- 03 vidros
Dar 0,5mL de 12/12horas.

24/03/2026



CRM MG 77450
Assinatura/Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____
UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura e carimbo do farmacêutico _____ Data ____/____/____

1ªVia: Fornecedor - 2ªVia: Paciente