

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). CLARISSE PEREIRA DIAS DRUMOND FORTES

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 40298

CPF: 078.717.587-05 CRM: 52-751324 - RJ

Endereço: Rua Quarenta, 8, salas 1602-5, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Data de Emissão: 20/03/2026

Data de Validade: 19/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Felipi Esami Ito D'Elias

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **NABIX** CDB 50mg/ml THC 1,5 mg/ml) ----- 7 frascos/mês = 21 frascos/ 3 meses

Tomar 3 ml de manhã e 4 ml à noite

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 CLARISSE PEREIRA DIAS DRUMOND FORTES em 20/03/2026 17:06, 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-8Q9L4WNU

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). CLARISSE PEREIRA DIAS DRUMOND FORTES

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 40298

CPF: 078.717.587-05 CRM: 52-751324 - RJ

Endereço: Rua Quarenta, 8, salas 1602-5, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Data de Emissão: 20/03/2026

Data de Validade: 19/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Felipe Esami Ito D'Elias

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **NABIX CDB 50mg/ml THC 1,5 mg/ml)** ----- 7 frascos/mês = 21 frascos/ 3 meses

Tomar 3 ml de manhã e 4 ml à noite

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 CLARISSE PEREIRA DIAS DRUMOND FORTES em 20/03/2026 17:06, 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-8Q9L4WNU