

Receituário de Controle Especial
1ª via Farmácia

Identificação do Emitente
Nome: CLINICA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO LTDA
Endereço: AV. CASTANHEIRAS - SHOPPING FELICITTÁ 2º PISO - LOJA 76 A CEP: 71900-100 (61)3436-0707 (61)3575-9750 Cidade: AGUAS CLARAS UF: DF



Paciente: MARCO ANTONIO MELO MENDANHA Sexo: M Nasc.: 16/03/2018 (7 anos 10 meses 20 dias) CPF: 091.683.811-07

Endereço: AVENIDA FLAMBOYANT N 24 APTO 809 A Bairro: AGUAS CLARAS CEP: 71917--000 Cidade: AGUAS CLARAS-DF

Prescrição:

Uso Oral:

- 1) NABIX 1500 mg (CBD 1500 MG E THC 45MG).....6 fracos
DAR 0,8 ML PELA MANHÃ E 0,8 ML A NOITE -2 X AO DIA

Identificação do Comprador
Nome Completo: _____
Ident.: _____ Org. Emissor _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

Dr. Karla Fabiana Soares Andrade
Neurologista
CRM-DF 18030IRQE 9723

Carimbo do Médico

AGUAS CLARAS-DF, 5 de fevereiro de 2026

Identificação do Fornecedor

Receituário de Controle Especial

2ª via Paciente

Identificação do Emitente
Nome: CLINICA DE ATENDIMENTO PEDIATRICO LTDA
Endereço: AV. CASTANHEIRAS - SHOPPING FELICITTÁ 2º PISO - LOJA 76 A CEP: 71900-100 (61)3436-0707 (61)3575-9750 Cidade: AGUAS CLARAS UF: DF



Paciente: MARCO ANTONIO MELO MENDANHA Sexo: M Nasc.: 16/03/2018 (7 anos 10 meses 20 dias) CPF: 091.683.811-07

Endereço: AVENIDA FLAMBOYANT N 24 APTO 809 A Bairro: AGUAS CLARAS CEP: 71917--000 Cidade: AGUAS CLARAS-DF

Prescrição:

Uso Oral:

- 1) NABIX 1500 mg (CBD 1500 MG E THC 45MG).....6 fracos
DAR 0,8 ML PELA MANHÃ E 0,8 ML A NOITE -2 X AO DIA

Identificação do Comprador
Nome Completo: _____
Ident.: _____ Org. Emissor _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

Dr. Karla Fabiana Soares Andrade
Neurologista
CRM-DF 18030IRQE 9723

Carimbo do Médico

AGUAS CLARAS-DF, 5 de fevereiro de 2026

Identificação do Fornecedor