

# Receituário de Controle Especial

1ª via Farmácia

2ª via Paciente

## Identificação do Emitente

Nome completo: NEUROPED CNPJ-  
055596290001/90

Endereço: SGAS 613/614 LT 99, SL 66/68/70-  
CEP: 70200-730 (61)3345-2544 (61)3346-  
8693 (61)97400-8111 Cidade: BRASÍLIA UF:  
DF

Paciente: GABRIELA RAMOS RIBEIRO

Endereço: AE 04 TORRE 01 APTO 1804 ED. SPORTS CLUB Cidade: GUARA II-  
DF

Prescrição:

Uso Oral:

1) NABIX 1500 mg canabidiol + 45 mg THC.....tres vidro  
iniciar com 01 ml 2 x dia

Adriana Vieira de Moraes  
Neuropediatra e Psiquiatra  
CRM-DF 8074

Carimbo do Médico

BRASÍLIA-DF, 11 / 11 / 2025

## Identificação do Comprador

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ SSP: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## Identificação do Fornecedor