

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARILIS TISSOT LARA**

CRM: 25568 - MG

Endereço: Rua Paracatu, 878, Sala 701, Barro Preto, Belo Horizonte - MG

Telefone: (41 ) 99207-1464

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

Data de Emissão: 29/01/2026

Data de Validade: 28/02/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Valentina Pedrosa Versiano

**Endereço:** Rua Adir Pedroso, 591, Iná, São José dos Pinhais - PR

**Sexo:** N

1. **NABIX 1500 MG** 50 mg /ml de CBD ----- 3 frascos

Uso sublingual contínuo

Titular conforme orientação médica até 0,5 ml de 12 em 12 horas e manter nesta dosagem.

Preferência 2 horas antes ou após as outras medicações. Próximo às refeições.

## 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 MARILIS TISSOT LARA em 29/01/2026 23:15, 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/api/documento>

Acesse o documento em:

[https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?\\_format=application/pdf](https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-6EQFDGHW

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARILIS TISSOT LARA**

CRM: 25568 - MG

Endereço: Rua Paracatu, 878, Sala 701, Barro Preto, Belo Horizonte - MG

Telefone: (41 ) 99207-1464

Cidade: Belo Horizonte

UF: MG

Data de Emissão: 29/01/2026

Data de Validade: 28/02/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Valentina Pedrosa Versiano

**Endereço:** Rua Adir Pedroso, 591, Iná, São José dos Pinhais - PR

**Sexo:** N

1. **NABIX 1500 MG** 50 mg /ml de CBD ----- 3 frascos

Uso sublingual contínuo

Titular conforme orientação médica até 0,5 ml de 12 em 12 horas e manter nesta dosagem.

Preferência 2 horas antes ou após as outras medicações. Próximo às refeições.

## 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 MARILIS TISSOT LARA em 29/01/2026 23:15, 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/api/documento>

Acesse o documento em:

[https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?\\_format=application/pdf](https://prescricao.cfm.org.br/api/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-6EQFDGHW