

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). KELLI CRISTINA PENAS CATHARINO

NEUROLOGIA - RQE nº 31317
CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 31316

CRM: 144036 - SP

Endereço: Rua Peru, 636, Ed Win Tower, Santo Antonio, Americana - SP

Telefone: (19) 99970-0911

Cidade: Americana

UF: SP

Data de Emissão: 13/05/2026

Data de Validade: 12/06/2026

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: RUBENS ROBLEDO

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **NABIX® (PREMIUM HEMP OIL) 10.000 MG (CANABIDIOL (CBD) 300 MG (TETRAHIDROCANABINOL (THC)**
10.000 mg + 300 mg ----- 3 frascos de 100 ml cada

Dar 1 ml 2 x ao dia
Uso contínuo

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 KELLI CRISTINA PENAS CATHARINO em 13/05/2026 14:17, 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-A8GXPW3

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). KELLI CRISTINA PENAS CATHARINO

NEUROLOGIA - RQE nº 31317
CLÍNICA MÉDICA - RQE nº 31316

CRM: 144036 - SP

Endereço: Rua Peru, 636, Ed Win Tower, Santo Antonio, Americana - SP

Telefone: (19) 99970-0911

Cidade: Americana

UF: SP

Data de Emissão: 13/05/2026

Data de Validade: 12/06/2026

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: RUBENS ROBLEDO

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **NABIX® (PREMIUM HEMP OIL) 10.000 MG (CANABIDIOL (CBD) 300 MG (TETRAHIDROCANABINOL (THC)**
10.000 mg + 300 mg ----- 3 frascos de 100 ml cada

Dar 1 ml 2 x ao dia
Uso contínuo

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 KELLI CRISTINA PENAS CATHARINO em 13/05/2026 14:17, 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-A8GXPW3