

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). FERNANDA VEIGA DE GOES**

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 11283

CPF: 018.664.937-10 CRM: 52-639206 - RJ

Endereço: Rua General Garzon, 22, sala 411, Lagoa, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 98875-4675

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

**Data de Emissão:** 15/01/2026

**Data de Validade:** 14/02/2026

**1ª VIA FARMÁCIA**

**2ª VIA PACIENTE**

**Paciente:** MANUELA FLORENTINO ZANINI SOARES

**Sexo:** N

**Endereço:**

1. **NABIX FULLSPRECTRUM 10.000 100 MG / ML** ----- 3 FRASCOS

**DAR 0,5 ML, V0, 2 X AO DIA**

## 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 FERNANDA VEIGA DE GOES em 15/01/2026 22:21, 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-NLQMJ3L2

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). FERNANDA VEIGA DE GOES**

PEDIATRIA - Neurologia Pediátrica - RQE nº 11283

CPF: 018.664.937-10 CRM: 52-639206 - RJ

Endereço: Rua General Garzon, 22, sala 411, Lagoa, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 98875-4675

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

**Data de Emissão:** 15/01/2026

**Data de Validade:** 14/02/2026

**1ª VIA FARMÁCIA**

**2ª VIA PACIENTE**

**Paciente:** MANUELA FLORENTINO ZANINI SOARES

**Sexo:** N

**Endereço:**

1. **NABIX FULLSPRECTRUM 10.000 100 MG / ML** ----- 3 FRASCOS

**DAR 0,5 ML, V0, 2 X AO DIA**

## 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 FERNANDA VEIGA DE GOES em 15/01/2026 22:21, 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-NLQMJ3L2