

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARCELO MOREN NETTO**

CRM: 52-982377 - RJ

Endereço: Rua Dezesseis, 109, Loja 112, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Telefone: (24 ) 99846-0909

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

**Data de Emissão:** 23/01/2026

**Data de Validade:** 22/02/2026

**1ª VIA FARMÁCIA**

**2ª VIA PACIENTE**

**Paciente:** Arthur Carpenedo Prates

**Endereço:**

**Sexo:** N

1. **NABIX 10.000mg/100mg/ ml** ----- 02 frascos 100ml

Uso oral, continuo:

1 ml manhã e noite.

## 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 MARCELO MOREN NETTO em 23/01/2026 12:49, 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-6L8UT8LK

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). MARCELO MOREN NETTO**

CRM: 52-982377 - RJ

Endereço: Rua Dezesseis, 109, Loja 112, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Telefone: (24 ) 99846-0909

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

**Data de Emissão:** 23/01/2026

**Data de Validade:** 22/02/2026

**1ª VIA FARMÁCIA**

**2ª VIA PACIENTE**

**Paciente:** Arthur Carpenedo Prates

**Endereço:**

**Sexo:** N

1. **NABIX 10.000mg/100mg/ ml** ----- 02 frascos 100ml

Uso oral, continuo:

1 ml manhã e noite.

## 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 MARCELO MOREN NETTO em 23/01/2026 12:49, 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-6L8UT8LK