

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: 12/02/2026

Data de Validade: 14/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Elcio Mariano Rigueira Leal

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **NABIX** 1500mg/30 ml ----- 03 frascos

Uso oral, contínuo:
0,2 ml 2x ao dia

2. **NABIX** 10.000mg/ 100 mg/ml ----- 01 frasco/ 100 ml

Uso oral:
0,1 ml após café da manhã e 0,1 ml preferencialmente 2hrs antes de deitar.

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 12/02/2026 09:14, 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



CFMP-RE-6BP3BFKT

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: 12/02/2026

Data de Validade: 14/03/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Elcio Mariano Rigueira Leal

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **NABIX** 1500mg/30 ml ----- 03 frascos

Uso oral, contínuo:
0,2 ml 2x ao dia

2. **NABIX** 10.000mg/ 100 mg/ml ----- 01 frasco/ 100 ml

Uso oral:
0,1 ml após café da manhã e 0,1 ml preferencialmente 2hrs antes de deitar.

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 12/02/2026 09:14, 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



CFMP-RE-6BP3BFKT