

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### Paciente: Davi Lohran Tormes da Silva

Telefone:45999472836- E-mail: adriano.silva@prismainformatica.com.br  
Endereço:Rua Travessa 294- Bairro- Centro- CEP 85901-046- Toledo/ PR  
Identificação/ Orgão Emissor:

### Identificação do comprador:

Nome:  
Endereço:  
Telefone:  
Identificação/ Orgão Emissor:

### Identificação do Fornecedor:

Assinatura do Farmacêutico:

Data: 11/02/2026

### USO: Interno

*Nabix 10.000 SOLUÇÃO ORAL* \_\_\_\_\_ *11 frascos/ ano*

Dar 1,5 ml 2 x/ dia, contínuo.

Oferecer preferencialmente junto ou próximo as refeições.

**Dra. Paula M. Preto Mimura**  
Neuropediatra  
CRM/ SP 80344

Av. Washington Luiz, No 310. Torre White. Sala 45. Jardim Emilia. Sorocaba/SP. CEP 18031-000.  
Telefones: (15) 99687-6888, (15) 3417-7229.



Este documento foi gerado digitalmente em 11/02/2026 10:48:58.

Médico responsável: PAULA- Registro: 80344/SP

Obtenha cópia em: <https://cxpass.net/doc-69EE3BAE-0750-11F1-B500-55582267DBFD> ou leia o QRCode ao lado

**Atenção:** Documento sem assinatura digital, não pode ser validado no ITI.