

# 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: 10/03/2026

Data de Validade: 09/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Maria do Carmo Landim Lima

**Endereço:**

**Sexo:** Não Informado

1. **NABIX** 1500mg- 50 mg/ml ----- 03 frascos/ 30 ml

Uso oral:

0,5 ml 3x ao dia.

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

Uso oral, contínuo:

0,25 ml 3x 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 MARCELO MOREN NETTO em 10/03/2026 14:00, 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-45J5SU3G

# 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: 10/03/2026

Data de Validade: 09/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Maria do Carmo Landim Lima

**Endereço:**

**Sexo:** Não Informado

1. **NABIX** 1500mg- 50 mg/ml ----- 03 frascos/ 30 ml

Uso oral:

0,5 ml 3x ao dia.

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

Uso oral, contínuo:

0,25 ml 3x 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 MARCELO MOREN NETTO em 10/03/2026 14:00, 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-45J5SU3G