

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). LUIS PIMENTEL SOMBRA**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RQE nº 7650  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - Dor - RQE nº 14019

CPF: 005.906.033-61 CRM: 13266 - CE

Endereço: Avenida Santos Dumont, 3371, Hospital Gastroclínica/Oto Meireles, Aldeota, Fortaleza - CE

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Data de Emissão: 19/03/2026

Data de Validade: 18/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** 582.450.653-15 - Maria Margarida de Santiago Lima  
**Endereço:** Rua Lauro Maia, 999, Apt 404 bloco 04, Fátima, Fortaleza - CE

**Sexo:** Feminino **Idade:** 85

1. **NABIX 10000** ----- 3 FR

TOMAR 1 ML 12/12 H. USO CONTINUO

## 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 LUIS PIMENTEL SOMBRA em 19/03/2026 10:28, 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/documento>  
Acesse o documento em:  
[https://prescricao.cfm.org.br/documento?\\_format=application/pdf](https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-KRZ6B3JW

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). LUIS PIMENTEL SOMBRA**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RQE nº 7650  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - Dor - RQE nº 14019

CPF: 005.906.033-61 CRM: 13266 - CE

Endereço: Avenida Santos Dumont, 3371, Hospital Gastroclínica/Oto Meireles, Aldeota, Fortaleza - CE

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Data de Emissão: 19/03/2026

Data de Validade: 18/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** 582.450.653-15 - Maria Margarida de Santiago Lima  
**Endereço:** Rua Lauro Maia, 999, Apt 404 bloco 04, Fátima, Fortaleza - CE

**Sexo:** Feminino **Idade:** 85

1. **NABIX 10000** ----- 3 FR

TOMAR 1 ML 12/12 H. USO CONTINUO

## 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 LUIS PIMENTEL SOMBRA em 19/03/2026 10:28, 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/documento>  
Acesse o documento em:  
[https://prescricao.cfm.org.br/documento?\\_format=application/pdf](https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf)



CFMP-RE-KRZ6B3JW