

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). ANTONIO CARLOS DE FARIAS**

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA - RQE nº 6091

CRM: 12007 - PR

Endereço: Rua Emiliano Pernetá, 1458, Sala 304, Centro, Curitiba - PR

Telefone: (41 ) 3078-9393

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 08/01/2026

Data de Validade: 07/02/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** RAVI SOBRAL DE QUEIROZ BARRETO

**Endereço:** JUNDIAI DO SUL, 547, SITIO CERCADO, Curitiba - PR

**Sexo:** N

1. **NABIX** 1500mg ----- 3 frascos

Dar 0,5ml 12/12h. Uso contínuo.

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por ANTONIO CARLOS DE FARIAS em 08/01/2026 00:54, 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-QTDWX6DU

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). ANTONIO CARLOS DE FARIAS**

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA - RQE nº 6091

CRM: 12007 - PR

Endereço: Rua Emiliano Pernetá, 1458, Sala 304, Centro, Curitiba - PR

Telefone: (41 ) 3078-9393

Cidade: Curitiba

UF: PR

Data de Emissão: 08/01/2026

Data de Validade: 07/02/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** RAVI SOBRAL DE QUEIROZ BARRETO

**Endereço:** JUNDIAI DO SUL, 547, SITIO CERCADO, Curitiba - PR

**Sexo:** N

1. **NABIX** 1500mg ----- 3 frascos

Dar 0,5ml 12/12h. Uso contínuo.

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Receituário de Controle Especial assinado digitalmente por ANTONIO CARLOS DE FARIAS em 08/01/2026 00:54, 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-QTDWX6DU