

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). PAULO RAMOS BOTELHO ANTUNES**

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Radiologia Intervencionista e  
Angiorradiologia - RQE nº 33945  
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE nº 29535  
CRM: 42897 - MG

Endereço: Rua Quintino Bocaiúva, 344, 3º andar, Centro, Sete Lagoas - MG

Cidade: Sete Lagoas

UF: MG

Data de Emissão: 22/12/2025

Data de Validade: 21/01/2026

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Bernardo Diniz Antunes (nome social/indígena)  
177.004.246-67 - Bernardo Diniz Antunes (nome de registro)

**Sexo:** Masculino **Idade:** 6

**Endereço:**

1. **NABIX 10000** 1 frasco mês / 12 frascos ano ----- uso contínuo

Tomar 1,5ml de 12 em 12h

## 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 PAULO RAMOS BOTELHO ANTUNES em 22/12/2025 14:42, 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-QMAMH35T

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). PAULO RAMOS BOTELHO ANTUNES**

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - Radiologia Intervencionista e  
Angiorradiologia - RQE nº 33945  
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE nº 29535  
CRM: 42897 - MG

Endereço: Rua Quintino Bocaiúva, 344, 3º andar, Centro, Sete Lagoas - MG

Cidade: Sete Lagoas

UF: MG

Data de Emissão: 22/12/2025

Data de Validade: 21/01/2026

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** Bernardo Diniz Antunes (nome social/indígena)  
177.004.246-67 - Bernardo Diniz Antunes (nome de registro)

**Sexo:** Masculino **Idade:** 6

**Endereço:**

1. **NABIX 10000** 1 frasco mês / 12 frascos ano ----- uso contínuo

Tomar 1,5ml de 12 em 12h

## 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 PAULO RAMOS BOTELHO ANTUNES em 22/12/2025 14:42, 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-QMAMH35T