

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). RENATO MÁRCIO SOUZA BONAFIM

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RQE nº 6634

CPF: 368.926.568-11 CRM: 8070 - MT

Endereço: Avenida Bosque da Saúde, 888, SALA 22, Bosque da Saúde,
Cuiabá - MT

Telefone: (65) 98154-8226

Cidade: Cuiabá

UF: MT

Data de Emissão: 17/12/2025

Data de Validade: 16/01/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: MOACIR BIANCHET

Endereço:

Sexo: N

1. **NABIX** 1500 MG ----- 3 FRASCOS

TOMAR 0,1 ML DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS
TOMAR 0,2 ML DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS
TOMAR 0,25 ML DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS
TOMAR 0,5 ML DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS

REGREDIR PARA DOSE ANTERIOR SE SONOLÊNCIA OU EUFORIA

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 RENATO MÁRCIO SOUZA BONAFIM em 17/12/2025 12:14, 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



CFMP-RE-JJ9QNYZX

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). RENATO MÁRCIO SOUZA BONAFIM

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RQE nº 6634

CPF: 368.926.568-11 CRM: 8070 - MT

Endereço: Avenida Bosque da Saúde, 888, SALA 22, Bosque da Saúde,
Cuiabá - MT

Telefone: (65) 98154-8226

Cidade: Cuiabá

UF: MT

Data de Emissão: 17/12/2025

Data de Validade: 16/01/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: MOACIR BIANCHET

Endereço:

Sexo: N

1. **NABIX** 1500 MG ----- 3 FRASCOS

TOMAR 0,1 ML DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS
TOMAR 0,2 ML DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS
TOMAR 0,25 ML DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS
TOMAR 0,5 ML DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS

REGREDIR PARA DOSE ANTERIOR SE SONOLÊNCIA OU EUFORIA

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 RENATO MÁRCIO SOUZA BONAFIM em 17/12/2025 12:14, 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



CFMP-RE-JJ9QNYZX