

# 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: 17/03/2026

Data de Validade: 16/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: MOACIR BIANCHET

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **NABIX** 10000 ----- 1 FRASCO

TOMAR 0,1 ML DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS  
TOMAR 0,15 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

...

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 17/03/2026 19:59, 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-ZEEQPQPX

# 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: 17/03/2026

Data de Validade: 16/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: MOACIR BIANCHET

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **NABIX** 10000 ----- 1 FRASCO

TOMAR 0,1 ML DE 12/12 HORAS POR 7 DIAS  
TOMAR 0,15 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

...

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 17/03/2026 19:59, 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-ZEEQPQPX