

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). CLÁUDIO DE JESUS VALENÇA**

ANESTESIOLOGIA - Dor - RQE nº 58681

CRM: 52-820253 - RJ

Endereço: Rua Quarenta, 2, Torre 5. Sls 1309 / 1310, Vila Santa Cecília,  
Volta Redonda - RJ

Telefone: (24 ) 99306-7952

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Data de Emissão: 25/03/2026

Data de Validade: 24/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** 613.448.507-15 - NANETE VIANA

**Endereço:** Rua Cláudio Manoel da Costa, 175, Liberdade, Resende - RJ

**Sexo:** Feminino

### 1. NABIX 1500

NABIX 1500 (frasco de 30mL) . . . 3 FRASCOS

Iniciar a dosagem com 0,2mL e aumentar a cada etapa de 05 dias, mais 0,2mL até atingir a dosagem ideal.

Uso contínuo.

## 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 CLÁUDIO DE JESUS VALENÇA em 25/03/2026 13:18, 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-62QRFLY

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). CLÁUDIO DE JESUS VALENÇA**

ANESTESIOLOGIA - Dor - RQE nº 58681

CRM: 52-820253 - RJ

Endereço: Rua Quarenta, 2, Torre 5. Sls 1309 / 1310, Vila Santa Cecília,  
Volta Redonda - RJ

Telefone: (24 ) 99306-7952

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Data de Emissão: 25/03/2026

Data de Validade: 24/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** 613.448.507-15 - NANETE VIANA

**Endereço:** Rua Cláudio Manoel da Costa, 175, Liberdade, Resende - RJ

**Sexo:** Feminino

### 1. NABIX 1500

NABIX 1500 (frasco de 30mL) . . . 3 FRASCOS

Iniciar a dosagem com 0,2mL e aumentar a cada etapa de 05 dias, mais 0,2mL até atingir a dosagem ideal.

Uso contínuo.

## 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 CLÁUDIO DE JESUS VALENÇA em 25/03/2026 13:18, 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-62QRFLY