

**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CEMES - CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO LTDA.

CNPJ : 39.198.619.0001-98

Rua 40, nº 20 - Shopping 33 Torre IV, 8º andar - Vila Santa Cecília, Volta Redonda/RJ

Paciente: HELENA DE OLIVEIRA FERNANDES

Endereço: Rua Bulhões de Carvalho , nº 82 apt. 101 – Rolamão - Pinheiral – RJ CEP: 27.197325

Uso Oral:

1- Nabix 10.000 UI -----2 Vidros

Tomar 1,5ml 3 x dia

Cláudia Resende  
Neurologia Infantil  
CRM 52.49056-0

Data: 20/01/2026

Assinatura e Carimbo do Emitente

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

Identidade: \_\_\_\_\_ Org. Em.: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CEMES - CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO LTDA.

CNPJ : 39.198.619.0001-98

Rua 40, nº 20 - Shopping 33 Torre IV, 8º andar - Vila Santa Cecília, Volta Redonda/RJ

Telefones: (24) 2102-2550

Paciente: HELENA DE OLIVEIRA FERNANDES

Endereço: Rua Bulhões de Carvalho , nº 82 apt. 101 – Rolamão - Pinheiral – RJ CEP: 27.197325

Uso Oral:

1- Nabix 10.000 UI -----2 Vidros

Tomar 1,5ml 3 x dia

Cláudia Resende  
Neurologia Infantil  
CRM 52.49056-0

Data: 20/01/2026

Assinatura e Carimbo do Emitente

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

Identidade: \_\_\_\_\_ Org. Em.: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CEMES - CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO LTDA.

CNPJ : 39.198.619.0001-98

Rua 40, nº 20 - Shopping 33 Torre IV, 8º andar - Vila Santa Cecília, Volta Redonda/RJ

Paciente: HELENA DE OLIVEIRA FERNANDES

Endereço: Rua Bulhões de Carvalho , nº 82 apt. 101 – Rolamão - Pinheiral – RJ CEP: 27.197325

### Uso Oral:

1- Nabix 10.000 UI -----2 Vidros

Tomar 1,5ml 3 x dia

  
Cláudia Resende  
Neurologia Infantil  
CRM 52.49056-0

Data: 20/12/2025

Assinatura e Carimbo do Emitente

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

Identidade: \_\_\_\_\_ Org. Em.: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

Telefone: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CEMES - CENTRO MÉDICO ESPECIALIZADO LTDA.

CNPJ : 39.198.619.0001-98

Rua 40, nº 20 - Shopping 33 Torre IV, 8º andar - Vila Santa Cecília, Volta Redonda/RJ

Telefones: (24) 2102-2550

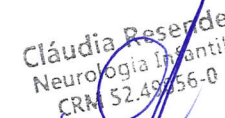
Paciente: HELENA DE OLIVEIRA FERNANDES

Endereço: Rua Bulhões de Carvalho , nº 82 apt. 101 – Rolamão - Pinheiral – RJ CEP: 27.197325

### Uso Oral:

1- Nabix 10.000 UI -----2 Vidros

Tomar 1,5ml 3 x dia

  
Cláudia Resende  
Neurologia Infantil  
CRM 52.49056-0

Data: 20/12/2025

Assinatura e Carimbo do Emitente

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

Identidade: \_\_\_\_\_ Org. Em.: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

Telefone: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_