

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MARCELO MOREN NETTO

CRM: 52-982377 - RJ

Endereço: Rua Dezesseis, 109, Loja 112, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Telefone: (24) 99846-0909

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Data de Emissão: 26/03/2026

Data de Validade: 25/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Pedro Mansur da Silva Freitas

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **NABIX** 1500mg/30 ml ----- 03 frascos

Uso oral, contínuo:

Iniciar com 0,5 ml após café da manhã e 0,5 ml preferencialmente 2hrs antes de deitar.

2. **NABIX** 10.000mg/ 100mg/ ml ----- 01 frasco/ 100 ml

Uso oral:

0,25 ml 2x ao dia.

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 MARCELO MOREN NETTO em 26/03/2026 08:04, 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-MVX8MXSG

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). MARCELO MOREN NETTO

CRM: 52-982377 - RJ

Endereço: Rua Dezesseis, 109, Loja 112, Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ

Telefone: (24) 99846-0909

Cidade: Volta Redonda

UF: RJ

Data de Emissão: 26/03/2026

Data de Validade: 25/04/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Pedro Mansur da Silva Freitas

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **NABIX** 1500mg/30 ml ----- 03 frascos

Uso oral, contínuo:

Iniciar com 0,5 ml após café da manhã e 0,5 ml preferencialmente 2hrs antes de deitar.

2. **NABIX** 10.000mg/ 100mg/ ml ----- 01 frasco/ 100 ml

Uso oral:

0,25 ml 2x ao dia.

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 MARCELO MOREN NETTO em 26/03/2026 08:04, 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-MVX8MXSG