

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). FLAVIO TAVARES FREIRE DA SILVA

MEDICINA ESPORTIVA - RQE nº 6624

CPF: 562.545.552-04 CRM: 6944 - PA

Endereço: Travessa Barão do Triunfo, 3260, de 3381/3382 a 4103/4104,
Marco, Belém - PA

Telefone: (91) 99176-7979

Cidade: Belém

UF: PA

Data de Emissão: 14/04/2026

Data de Validade: 14/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Alessandra Bailosa

Endereço:

Sexo: Feminino

1. **NABIX DAY** ----- 02 Frascos

Tomar 0,1 ml, via oral, pela manhã.

Aumentar a dose (0,1 ml) semanalmente até estabilidade do quadro clínico.

2. **NABIX NIGH** ----- 02 Frascos

Tomar 0,1 ml, via oral, após o jantar.

Aumentar a dose (0,1 ml) semanalmente até estabilidade do quadro clínico.

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 FLAVIO TAVARES FREIRE DA SILVA em 14/04/2026 08:09, 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/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-36XZEQ42

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). FLAVIO TAVARES FREIRE DA SILVA

MEDICINA ESPORTIVA - RQE nº 6624

CPF: 562.545.552-04 CRM: 6944 - PA

Endereço: Travessa Barão do Triunfo, 3260, de 3381/3382 a 4103/4104,
Marco, Belém - PA

Telefone: (91) 99176-7979

Cidade: Belém

UF: PA

Data de Emissão: 14/04/2026

Data de Validade: 14/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Alessandra Bailosa

Endereço:

Sexo: Feminino

1. **NABIX DAY** ----- 02 Frascos

Tomar 0,1 ml, via oral, pela manhã.

Aumentar a dose (0,1 ml) semanalmente até estabilidade do quadro clínico.

2. **NABIX NIGH** ----- 02 Frascos

Tomar 0,1 ml, via oral, após o jantar.

Aumentar a dose (0,1 ml) semanalmente até estabilidade do quadro clínico.

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 FLAVIO TAVARES FREIRE DA SILVA em 14/04/2026 08:09, 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/documento>

Acesse o documento em:

https://prescricao.cfm.org.br/documento?_format=application/pdf



CFMP-RE-36XZEQ42