

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). CLAUDIO HENRIQUE PEREIRA

OFTALMOLOGIA - RQE nº 16142

CRM: 25697 - PR

Endereço: Avenida Brasil, 5964, de 5032 a 6212 - lado par, Centro, Cascavel - PR

Telefone: (45) 99968-1029

Cidade: Cascavel

UF: PR

Data de Emissão: 08/04/2026

Data de Validade: 08/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 526.323.006-06 - MARIA ABADIA PEREIRA

Endereço: Rua Seiscentos e Quarenta e Oito, 118, Siderópolis, Volta Redonda - RJ

Sexo: Feminino **Idade:** 80

1. **NABIX** 10000mg/100ml ----- 2 frascos

Uso oral, contínuo: 0,3 ml após café da manhã, 0,3 ml após almoço e 0,2 ml preferencialmente 2hrs antes de deitar.

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 CLAUDIO HENRIQUE PEREIRA em 08/04/2026 16:17, 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-GAHHMQ67

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). CLAUDIO HENRIQUE PEREIRA

OFTALMOLOGIA - RQE nº 16142

CRM: 25697 - PR

Endereço: Avenida Brasil, 5964, de 5032 a 6212 - lado par, Centro, Cascavel - PR

Telefone: (45) 99968-1029

Cidade: Cascavel

UF: PR

Data de Emissão: 08/04/2026

Data de Validade: 08/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: 526.323.006-06 - MARIA ABADIA PEREIRA

Endereço: Rua Seiscentos e Quarenta e Oito, 118, Siderópolis, Volta Redonda - RJ

Sexo: Feminino **Idade:** 80

1. **NABIX** 10000mg/100ml ----- 2 frascos

Uso oral, contínuo: 0,3 ml após café da manhã, 0,3 ml após almoço e 0,2 ml preferencialmente 2hrs antes de deitar.

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 CLAUDIO HENRIQUE PEREIRA em 08/04/2026 16:17, 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-GAHHMQ67