

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). WILDE MUNDY JUNIOR**

MEDICINA ESPORTIVA - RQE nº 41519  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RQE nº 7724

CPF: 018.020.307-00 CRM: 52-643432 - RJ

Endereço: Avenida das Americas, 500, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21 ) 3171-3171

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 13/04/2026

Data de Validade: 13/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

**Paciente:** ANA MARIA INACIO SADER

**Endereço:**

**Sexo:** Feminino

1. **NABIX FULL SPECTRUM 10.000mg** ----- 6 frasco de 100ml

Tomar 1,5ml por dia  
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 WILDE MUNDY JUNIOR em 13/04/2026 15:09, 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/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-YCPT4FQ9

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

**Dr(a). WILDE MUNDY JUNIOR**

MEDICINA ESPORTIVA - RQE nº 41519  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RQE nº 7724

CPF: 018.020.307-00 CRM: 52-643432 - RJ

Endereço: Avenida das Americas, 500, Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21 ) 3171-3171

Cidade: Rio de Janeiro

UF: RJ

Data de Emissão: 13/04/2026

Data de Validade: 13/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: ANA MARIA INACIO SADER

Endereço:

Sexo: Feminino

1. **NABIX FULL SPECTRUM 10.000mg** ----- 6 frasco de 100ml

Tomar 1,5ml por dia  
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 WILDE MUNDY JUNIOR em 13/04/2026 15:09, 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/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-YCPT4FQ9