

**Nome do Paciente:** Israel Patrocinio Dias

**CPF/CNPJ:** 548.843.998-62

USO ORAL

1) Nabix 10.000mg/100mL - 2 frascos

Dar 0,6mL duas vezes ao dia

PACIENTE AUTISTA

Esta receita tem a validade de 6 mês(es)

**ATENÇÃO:**

A quantidade da dose será ajustada pela farmácia de manipulação após a realização de um teste de palatabilidade para garantir a melhor aceitação.

Observação: Certifique-se de conferir a dosagem indicada no rótulo!

Manipular as doses na forma mais bem aceita pelo paciente (líquido, cápsula, bala, etc.). Verificar com o responsável a preferência do paciente antes de proceder, exceto nas formulas já especificadas na prescrição.

Não utilizar veículo alcoólico, açúcar, corantes, adoçantes artificiais, talco, sabor artificial, parabenos ou metilparabenos. Esta fórmula deve ser isenta de caseína/lactose. Pode ser usado aroma natural, stévia, xylitol ou eritrol (caso o responsável solicite).

Não modificar sem autorização

OBS: A COR DA URINA PODE FICAR AMARELADA E COM CHEIRO FORTE COM USO DAS FÓRMULAS



Este documento foi assinado digitalmente pelo Dr(a). Camila Milagres Macedo Pereira, conforme MP no 2.200-2/2001. A assinatura digital deste documento poderá ser verificada em <https://validar.iti.gov.br> Acesse o documento digital em <https://easy-health.app/validation/45QZ-RRFQ-881K>



Código: 45QZ-  
RRFQ-881K

Pelotas / RS - 17/04/2026