



Secretaria de  
**Saúde**

**RECEITUÁRIO DE  
CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

NOME \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ CE \_\_\_\_\_

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, CNPJ: 11.896.777/0001-00 / RUA: SÃO JOSÉ Nº 1161/ICÓ-CE

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME COMPLETO: *MARCEUS VINICIUS 2º SAM BATISTA*

CPF: \_\_\_\_\_

**PRESCRIÇÃO**

*1) Nazix 1.500 mg Fvul Spectrum — 4Fr  
0,3ml 1 dia*

**IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO PRESCRITOR:**

DATA: *22/04/2026*

*Dr Gabriel Guedes Soares  
CRM-CE 24.877*

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

*Dr Gabriel Guedes Soares  
Médico  
CRM-CE 24.877*