

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). RENATO MÁRCIO SOUZA BONAFIM

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RQE nº 6634

CPF: 368.926.568-11 CRM: 8070 - MT

Endereço: Avenida Bosque da Saúde, 888, SALA 22, Bosque da Saúde,
Cuiabá - MT

Telefone: (65) 98154-8226

Cidade: Cuiabá

UF: MT

Data de Emissão: 29/04/2026

Data de Validade: 29/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: GUSTAVO MATHIAS

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **NABIX** 1500 ----- 1 FRASCO

TOMAR 0,1 ML DE 12/12 H POR 7 DIAS

APÓS

TOMAR 0,2 ML DE 12/12 H POR 7 DIAS

APÓS

TOMAR 0,3 ML DE 12/12 H POR 7 DIAS

APÓS

TOMAR 0,4 ML DE 12/12 H POR 7 DIAS

APÓS

TOMAR 0,5 ML DE 12/12 H 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 RENATO MÁRCIO SOUZA BONAFIM em 29/04/2026 13:06, 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-VGHZSRQE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). RENATO MÁRCIO SOUZA BONAFIM

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RQE nº 6634

CPF: 368.926.568-11 CRM: 8070 - MT

Endereço: Avenida Bosque da Saúde, 888, SALA 22, Bosque da Saúde,
Cuiabá - MT

Telefone: (65) 98154-8226

Cidade: Cuiabá

UF: MT

Data de Emissão: 29/04/2026

Data de Validade: 29/05/2026

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: GUSTAVO MATHIAS

Endereço:

Sexo: Não Informado

1. **NABIX** 1500 ----- 1 FRASCO

TOMAR 0,1 ML DE 12/12 H POR 7 DIAS

APÓS

TOMAR 0,2 ML DE 12/12 H POR 7 DIAS

APÓS

TOMAR 0,3 ML DE 12/12 H POR 7 DIAS

APÓS

TOMAR 0,4 ML DE 12/12 H POR 7 DIAS

APÓS

TOMAR 0,5 ML DE 12/12 H 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 RENATO MÁRCIO SOUZA BONAFIM em 29/04/2026 13:06, 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-VGHZSRQE