

Leticia Coelho Bortoni
CRM: 11754 RN

Projeto Cuidar - Cuidado Integral & Medicina Natural
Rua Gustavo Sampaio, 336, lado par, Leme, Rio de Janeiro,
RJ, 22010010
Tel: 21999970728
E-mail: cuidarprojetointegral@gmail.com

Paciente: Ida Coser Merlo

CPF: 997.559.717-34

Endereço: Av Talma Rodrigues Ribeiro, Condomínio Boulevard Lagoa,
Quadra 2 , Lote 3, Setor Amarelo, Serra, ES, 39167300

RECEITA DIGITAL - CONTROLE ESPECIAL

1. Óleo full spectrum rico em CBD MedKaya 3000mg – 30ml

[3] embalagens

-> Iniciar com

2 gotas pela manhã após o café-da-manhã - 8h

2 gotas a tarde à tarde - 15h

4 gotas à noite - 20h

-> Após 5 dias passar para

5 gotas pela manhã após o café-da-manhã - 8h

5 gotas a tarde após o almoço - 15h

8 gotas à noite - 20h

-> Após 5 dias passar para

7 gotas pela manhã após o café-da-manhã - 8h

7 gotas a tarde após o almoço - 15h

10 gotas à noite - 20h

-. Após 5 dias passar a dose da noite para 15 gotas

Manter esta dose até próxima consulta: 7 gotas / 7 gotas / 15 gotas

CID F03

Dose de resgate (SOS): dose extra de 10 gotas em momentos de ansiedade

Orientações:

Agitar antes de usar

Pingar as gotas em uma colher e administrar sob a língua; aguardar 30-60 segundos antes de engolir (informar caso não seja possível)

Fazer com intervalo de 1 hora dos medicamentos alopáticos com efeito neurológico (Quetiapina e Levetiracetan)

Evitar administrar em jejum prolongado



Rio de Janeiro, 14/07/2022

Leticia Coelho Bortoni, 11754 RN

ORIENTAÇÕES AO FARMACÊUTICO

Esta receita foi assinada com certificado digital ICP-Brasil.

Para validar a assinatura acesse www.assinaturadigital.it.gov.br

Faça gratuitamente o registro de dispensação em receitadigital.com.

Ao fazer o registro em nosso portal, suas receitas digitais ficam arquivadas em segurança.

REGISTRO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

CÓDIGO DE DISPENSAÇÃO GERADO NA PLATAFORMA:

ANOTAÇÕES DA DISPENSAÇÃO:

Identificação do Comprador

Nome:

Endereço completo:

RG:

Emissor:

CPF:

Telefone: ()

Identificação do Fornecedor

Nome farmacêutico(a):

CRF:

UF:

Nome da Farmácia:

Endereço:

CNPJ:

Telefone: ()

Data da dispensação:

Assinatura: