

Receituário controle especial

IDENTIFICACAO DO EMITENTE

Medico: DR. JOÃO ROBERTO CHAVES DE ALMEIDA
 Crm: 52282597
 End.: RUA 33 VILA STA CECILIA - VOLTA REDONDA - RJ

1º via - Retenção da farmácia ou
 Drogeria

2º via - Orientações ao paciente

[Assinatura]
 Carimbo assinatura do
 médico

Dr. João Roberto Chaves de Almeida
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM 5228259-7

Data: 14, 07, 2022

Paciente: CARMEN DAS GRAÇAS RODRIGUES

Endereço: RUA 08 Bairro: ACUDE II N°: 88

SUB LINGUAL

CDS Oleo de Canabidiol 5% 1500 full spectrum Medkaia 30

Óleo CBD MedKaya 1500mg 30ml ----- 24 frascos (1 frasco por mês)

Iniciar tomando 1 gota de manhã depois do café da manhã e 1 gota antes de dormir. Ir aumentando 2 gotas
 (1 de manhã e 1 a noite) semanalmente até retornar ao consultório em 30 dias

Receituário controle especial

IDENTIFICACAO DO EMITENTE

Medico: DR. JOÃO ROBERTO CHAVES DE ALMEIDA
 Crm: 52282597
 End.: RUA 33 VILA STA CECILIA - VOLTA REDONDA - RJ

1º via - Retenção da farmácia ou
 Drogeria

2º via - Orientações ao paciente

[Assinatura]
 Carimbo assinatura do
 médico

Dr. João Roberto Chaves de Almeida
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM 5228259-7

Data: 14, 07, 2022

Paciente: CARMEN DAS GRAÇAS RODRIGUES

Endereço: RUA 08 Bairro: ACUDE II N°: 88

SUB LINGUAL

CDS Oleo de Canabidiol 5% 1500 full spectrum Medkaia 30

Óleo CBD MedKaya 1500mg 30ml ----- 24 frascos (1 frasco por mês)

Iniciar tomando 1 gota de manhã depois do café da manhã e 1 gota antes de dormir. Ir aumentando 2 gotas
 (1 de manhã e 1 a noite) semanalmente até retornar ao consultório em 30 dias

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Iden: _____ Orgão emissor:

Endereço:

Cidade: _____ UF: _____

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

Data

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Iden: _____ Orgão emissor:

Endereço:

Cidade: _____ UF: _____

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

Data