



Leticia Coelho Bortoni

CRM: 5201212524 RJ

Especialidade:

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: Yasmin Reginatto Dente

CPF: 022.379.400-70

Endereço: Avenida Nereu Ramos - E, 768, 402, Centro, Chapecó, SC,
89801-021

RECEITA DIGITAL - CONTROLE ESPECIAL

1. Óleo CBD MedKaya 3000mg – 30ml - 1 frasco por mês

[1] embalagem

-> Iniciar com

2 gotas pela manhã após o café-da-manhã

2 gotas a tarde após o almoço

4 gotas à noite

-> Após 5 dias passar para

8 gotas (0,25ml) pela manhã após o café-da-manhã

8 gotas (0,25ml) a tarde após o almoço

10 gotas à noite

-> Após 5 dias passar somente a dose da noite para

17 gotas (0,5ml) à noite

Manter esta dose até próxima consulta: 8 gotas / 8 gotas / 17 gotas

CID F44

Dose de resgate (SOS): dose extra de 1ml em momentos de crise

Orientações:

Agitar antes de usar

Administrar sob a língua e aguardar 1-2 minutos antes de engolir (informar caso não
seja possível)

Fazer com intervalo de 1 a 2 horas dos medicamentos alopáticos com efeito
neurológico (Citalapram, Olanzapina, Donaren e Diazepam)

Evitar administrar em jejum prolongado

Avaliação de Nutricionista

Atividade física pelo menos 3x na semana

Substituir café da tarde por chás, sugestões: camomila, artemísia, barbatimão, aroeira,
erva cidreira

Banho de assento com barbatimão ou camomila



Rio de Janeiro, 18/03/2022

Leticia Coelho Bortoni, 5201212524 RJ

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: