

**Leticia Coelho Bortoni**

CRM: 245168 SP

Dra Letícia BortoniRua Augusta, 890, de 700 a 1680 - lado par, Consolação,
São Paulo, SP, 01304-001

Tel: 21999970728

E-mail: leticiaebortoni@gmail.com**Paciente: BRUNO BRAGATTO PERNASSI****Endereço:** Rua Gabriele D'Annunzio, 624, 252B, Campo Belo, São Paulo,
SP, 04619002**RECEITA DIGITAL - CONTROLE ESPECIAL****1. Óleo fullspectrum rico em CBD 6000mg MedKaya USA – 30ml****[4] embalagens****Contato da marca Medkaya: (21) 96710-8000****Uso sublingual:****-> SEMANA 1****2 gotas pela manhã após o café-da-manhã****2 gotas após almoço****2 gotas à noite, depois do jantar****-> SEMANA 2****5 gotas nos mesmos horários****-> SEMANA 3****8 gotas nos mesmos horários****-> SEMANA 4: a partir de agora aumentaremos somente a dose da noite****12 gotas (0,25ml) à noite, depois do jantar****Manter esta dose até próxima consulta: 8/8/12 gotas****CID: F41.1****ORIENTAÇÕES DE USO:****-> Agitar antes de usar****-> Administrar sob a língua e aguardar 1-2 minutos antes de engolir****-> Sugerimos pingar as gotas em uma colher e depositar o conteúdo embaixo da
língua, para a absorção mucosa do extrato****-> Fazer com intervalo de 1h dos medicamentos alopáticos com efeito neurológico****-> Evitar administrar em jejum prolongado****Obs:****Esta receita tem validade de: 4 meses****Não é obrigatória a compra de todos os frascos de uma única vez.**



Consulta de acompanhamento médico orientada: 1 mês após o início do tratamento.

São Paulo, 24/03/2025

Leticia Coelho Bortoni, 245168 SP

ORIENTAÇÕES AO FARMACÊUTICO

Esta receita foi assinada com certificado digital ICP-Brasil.

Para validar a assinatura acesse **validar.iti.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 MEDICAMENTOSCÓDIGO 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: