



Paciente: Guilherme Lourenco Avelar Silva

Prescrição:

USO INTERNO

MEDKAYA CBD BROAD SPECTRUM 3000MG/30ML (100MG/ML)- 12 FRASCOS  
10 GOTAS 2 VEZES AO DIA

Agite o frasco, coloque as gotas de óleo embaixo da língua e deixe por 30 segundos para absorção na mucosa.

Data: 27/11/2024

Edilberto Fernandes de Miranda  
Neurologia  
CRM-RJ 5270072-00

| Para atendimento de 1º vez - CADASTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Prescrição Médica de Médico do SUS</li><li>• Identidade do paciente, se menor também do responsável pelo paciente.</li><li>• CPF do paciente, se menor também do responsável pelo paciente.</li><li>• Comprovante de residência no nome do paciente (Água, Luz, caso esteja no nome de outro parente (o), anexar certidão de casamento ou certidão de nascimento e identidade).</li><li>• Telefone Celular ATIVO</li><li>• E-mail principal do paciente ou do responsável (que tenha acesso)</li><li>• Para paciente que tiver cadastro no gov.br / PACIENTE PRECISA APRESENTAR A SENHA.</li><li>• Para paciente que NÃO possui o cadastro no gov.br. SENHA SERÁ FEITA PELO SETOR.</li></ul> |
| TERÇA, QUARTA E QUINTA A PARTIR DAS 13h- 2º ANDAR POLICLINICA DA CIDADANIA – COMISSÃO DE DEMANDA EM SAÚDE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |