



Leticia Coelho Bortoni
CRM: 245168 SP

Dra Letícia Bortoni

Rua 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

[1] embalagem

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, 15/03/2025



Leticia Coelho Bortoni

Assinado com certificado digital ICP-Brasil - 15/03/2025 16:10:06

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 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: