

**Leticia Coelho Bortoni**  
CRM: 11754 RN

**AnandAtiva Brasil - Clínica Canábica Integrativa**  
Rua Gustavo Sampaio, 336, lado par, Leme, Rio de Janeiro,  
RJ, 22010010  
Tel: 21999970728  
E-mail: [anandativabrasil@gmail.com](mailto:anandativabrasil@gmail.com)

**Paciente: ANGELA PEREIRA TARQUINI**

**CPF: 011.346.168-21**

**Endereço:** Rua Maria Bucalem Haddad, 123, 104a, Vila Firmiano Pinto, São  
Paulo, SP, 04125010

## RECEITA DIGITAL - CONTROLE ESPECIAL

1. Óleo broadspectrum rico em CBD 3000mg MedKaya USA – 30ml [4] embalagens

Contato da marca Medkaya: (21) 96710-8000

**Uso sublingual:**

->Iniciar com:

2 gotas pela manhã após o café-da-manhã

2 gotas a tarde

2 gotas a noite, 1h antes de dormir

->Após 5 dias, aumentar para:

5 gotas nos mesmos horários

->Após mais 5 dias, aumentar para:

8 gotas nos mesmos horários

->Após mais 5 dias, aumentar para:

10 gotas

**Manter esta dose até próxima consulta: 10/10/10 gotas**

**CID: F31**

### 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  
(Rexulti, Velija e Aripiprazol)

-> 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: 03/07/2023**

Rio de Janeiro, 24/05/2023

\_\_\_\_\_  
Leticia Coelho Bortoni, 11754 RN

#### ORIENTAÇÕES AO FARMACÊUTICO

Esta receita foi assinada com certificado digital ICP-Brasil.

Para validar a assinatura acesse **[validar.iti.gov.br](https://validar.iti.gov.br)**

Faça gratuitamente o registro de dispensação em **[receitadigital.com](https://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: