

DR. GEOVANE VIANA

CRM:26153-BA

PACIENTE:AMANDA GOIS DE OLIVEIRA

CPF:094.363.769-44

DATA:11/02/2025

PRESCRIÇÃO:

1. MEDKAYA 1500MG CBD ÓLEO USA 30ML FULL SPECTRUM

MODO DE USAR: 20 GTS SOLUÇÃO ORAL A CADA 12 H POR TEMPO INDETERMINADO

OBS: 06 CAIXAS

USE APÓS AS REFEIÇÕES.

AUMENTE 1 GOTA A CADA 2 DIAS, ATÉ DOSE COM MELHOR EFEITO TERAPÊUTICO, SEM EFEITOS COLATERAIS.

RETENHA O ÓLEO EMBAIXO DA LÍNGUA POR APROXIMADAMENTE 40 SEGUNDOS E SÓ DEPOIS ENGULA.

EM CASO DE EFEITOS COLATERAIS, ENTRE EM CONTATO COM SEU MÉDICO E/OU EQUIPE DE SAÚDE.

TENHA COMO ALVO 30 GOTAS DE 12 EM 12, EM CASO DE SOLONENCIA JA PODE FRA-
CIONAR PRA 3X AO DIA A DOSE DE 20 GOTAS.

TELEFONE ACOLHIMENTO MEDKAYA
21 96710 8000

2. (OPÇÃO) MEDKAYA 3000MG CBD ÓLEO USA 30ML FULL SPECTRUM

MODO DE USAR: 10 GTS SOLUÇÃO ORAL A CADA 12 H POR TEMPO INDETERMINADO

OBS: 04 CAIXAS

AUMENTE 1 GOTA A CADA 3 DIAS, ATÉ DOSE COM MELHOR EFEITO TERAPÊUTICO, SEM EFEITOS COLATERAIS. MIRE NA DOSE DE 20 GTS POR TOMADA SE TOLERAR. RETENHA O ÓLEO EMBAIXO DA LÍNGUA POR APROXIMADAMENTE 40 SEGUNDOS E SÓ DEPOIS ENGULA.

EM CASO DE EFEITOS COLATERAIS, ENTRE EM CONTATO COM SEU MÉDICO E/OU EQUIPE DE SAÚDE.

TELEFONE ACOLHIMENTO MEDKAYA
21 96710 8000

Validar Documento

Escaneie o QR code abaixo e realize a validação do documento.

Ou clique no link abaixo para abrir o documento diretamente.



[Clique aqui para validar o documento](#)

ASSINATURAS DIGITAIS DO DOCUMENTO



O documento eletrônico, incluindo a(s) sua(s) assinatura(s), contém 4 páginas e foi produzido para ser assinado digitalmente, mediante o uso de certificados digitais ICP-Brasil, de acordo com os termos do Art. 10, § 1º, da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.

Documento assinado digitalmente por: