

COMO PRESCREVER?

Prescrição Médica

DATA DA EMISSÃO:

<XX/XX/XXXX>

PACIENTE:

<NOME COMPLETO>

ENDEREÇO:

<RUA XXXX, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO, CIDADE, ESTADO>

SEXO:

<XXXXXXXX>

DATA DE NASCIMENTO / IDADE:

<XX/XX/XXXX - XX ANOS>

ÓLEO FULL SPECTRUM

5MG/ML DE THC E 0,45MG/ML DE CBD.

TOMAR 2 GOTAS, 3X AO DIA.

ASSINATURA DO MÉDICO PRESCRITOR E CARIMBO

Prescrição Médica

DATA DA EMISSÃO:

<XX/XX/XXXX>

PACIENTE:

<NOME COMPLETO>

ENDEREÇO:

<RUA XXXX, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO, CIDADE, ESTADO>

SEXO:

<XXXXXXXX>

DATA DE NASCIMENTO / IDADE:

<XX/XX/XXXX - XX ANOS>

ÓLEO ADESAF AZUL

5MG/ML DE THC E 0,45MG/ML DE CBD.

TOMAR 2 GOTAS, 3X AO DIA.

ASSINATURA DO MÉDICO PRESCRITOR E CARIMBO

Prescrição Médica

DATA DA EMISSÃO:

<XX/XX/XXXX>

PACIENTE:

<NOME COMPLETO>

ENDEREÇO:

<RUA XXXX, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO, CIDADE, ESTADO>

SEXO:

<XXXXXXXX>

DATA DE NASCIMENTO / IDADE:

<XX/XX/XXXX - XX ANOS>

ÓLEO ADESAF

5MG/ML DE THC E 0,45MG/ML DE CBD.

TOMAR 2 GOTAS, 3X AO DIA.

ASSINATURA DO MÉDICO PRESCRITOR E CARIMBO