

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Dra Raísa Satyro de Carvalho

CRM: 52.06773-7 ESP: Neuropediatra UF: RJ Telefone: (21) 33922019

Endereço: Rua Lopo Saraiva. N 83 Pechicha Bairro: Barra da Tijuca - RJ

Cidade: Rio de Janeiro UF: RJ

Paciente: Davi Lucas Diniz Pereira

Endereço: _____

Prescrição

Uso oral :

CANABIDIOL FARMAUSA 100 mg/mL – Frasco 30 ml, quantidade de frascos: 3

Etapa 1: Tomar 0,4 mL manhã e 0,4 mL noite, durante 180 dias.

Etapa 2: Tomar _____ mL manhã e _____ mL noite, durante _____ dias.

Etapa 3: Tomar _____ mL manhã e _____ mL noite, durante _____ dias.

Etapa 4: Tomar _____ mL manhã e _____ mL noite.

Uso contínuo.

OU

CANABIDIOL FARMAUSA 200 mg/mL – Frasco 30 ml quantidade de frascos: 3

Etapa 1: Tomar _____ mL manhã e _____ mL noite, durante _____ dias.

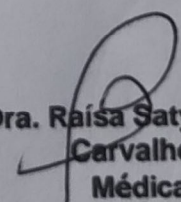
Etapa 2: Tomar _____ mL manhã e _____ mL noite, durante _____ dias.

Etapa 3: Tomar _____ mL manhã e _____ mL noite, durante _____ dias.

Etapa 4: Tomar _____ mL manhã e _____ mL noite.

Uso contínuo.

DATA 09.03.26


Dra. Raísa Satyro de
Carvalho
Médica
CRM : 52.06773-7

Carimbo e assinatura