

Receituário de Controle Especial



Identificação do emitente

Profissional: Doutor Saulo Omar Toledo Borges
Registro: 216126 SP - RQE _____
Endereço: Praça Siqueira Campos, 102, Centro
Telefone: 11 99724-8417

- 1a. via para retenção da farmácia ou drogaria
- 2a. via para orientação ao paciente

Paciente: Rafael Merchak Lopes - 333.795.268-27

Data e hora: 05/01/2026 16:18:47

Endereço: Rua Manoel Gomes Ferreira, Vila Aricanduva, São Paulo - SP

USO ORAL

ANOVA/ACAMP - ÓLEO DE CBD FULL SPECTRUM 100mg/ml -----01 FRASCO

Iniciar com 02 gotas a cada 12h, em horários fixos, por via sublingual (manter 15-20s e engolir).

Aumentar 01 gota a cada 4 dias, iniciando pelo período noturno, até melhora de sintomas ou máximo de 20 gotas/dia.

Obs: Em caso de dúvidas, contatar médico prescritor.

Esta receita tem validade de 6 meses.

Identificação do comprador

Nome:
RG:
Endereço:
Cidade e UF:
Telefone:

Identificação do fornecedor

Ass. do farmacêutico



ACESSE A VERSÃO DIGITAL DESTE DOCUMENTO

Este documento foi emitido eletronicamente
Endereço: Praça Siqueira Campos, 102, Centro
por **Doutor Saulo Omar Toledo Borges - CRM:216126 SP** para Rafael
Merchak Lopes - (labubuzando@gmail.com).
Validé pelo link: <https://ampli.li/doc> inserindo o código nX6LORJ
ou apontando o leitor do celular no QR code ao lado.

Página 1

Tecnologia amplimed

Receituário de Controle Especial



Identificação do emitente

Profissional: Doutor Saulo Omar Toledo Borges
Registro: 216126 SP - RQE _____
Endereço: Praça Siqueira Campos, 102, Centro
Telefone: 11 99724-8417

- 1a. via para retenção da farmácia ou drogaria
- 2a. via para orientação ao paciente

Paciente: Rafael Merchak Lopes - 333.795.268-27

Data e hora: 05/01/2026 16:18:47

Endereço: Rua Manoel Gomes Ferreira, Vila Aricanduva, São Paulo - SP

USO ORAL

ANOVA/ACAMP - ÓLEO DE CBD FULL SPECTRUM 100mg/ml -----01 FRASCO

Iniciar com 02 gotas a cada 12h, em horários fixos, por via sublingual (manter 15-20s e engolir).

Aumentar 01 gota a cada 4 dias, iniciando pelo período noturno, até melhora de sintomas ou máximo de 20 gotas/dia.

Obs: Em caso de dúvidas, contatar médico prescritor.

Esta receita tem validade de 6 meses.

Identificação do comprador

Nome:
RG:
Endereço:
Cidade e UF:
Telefone:

Identificação do fornecedor

Ass. do farmacêutico



ACESSE A VERSÃO DIGITAL DESTE DOCUMENTO

Este documento foi emitido eletronicamente
Endereço: Praça Siqueira Campos, 102, Centro
por **Doutor Saulo Omar Toledo Borges - CRM:216126 SP** para Rafael
Merchak Lopes - (labubuzando@gmail.com).
Validé pelo link: <https://ampli.li/doc> inserindo o código nX6LORJ
ou apontando o leitor do celular no QR code ao lado.

Página 2

Tecnologia amplimed