



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 DESTA 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).
 Valide pelo link: <https://ampli.li/doc> inserindo o código **nX6LORJ**
 ou apontando o leitor do celular no QR code ao lado.



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 DESTA 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).
 Valide pelo link: <https://ampli.li/doc> inserindo o código **nX6LORJ**
 ou apontando o leitor do celular no QR code ao lado.