

# Modelo de prescrição

**CONFIRA AS INFORMAÇÕES  
NECESSÁRIAS PARA A PRESCRIÇÃO:**

## MODELO DE PRESCRIÇÃO

**DATA:** 27.06.2024

**PACIENTE:** Alexandre Moraes

**TELEFONE:** (11) 98800-4617

**ENDEREÇO:** Rua Monteiro de Melo, 402 - São Paulo (SP)

**E-MAIL:** alexandre@gmail.com.br

Canna River 6000mg Full-spectrum 60ml ----- 4 frascos  
Tomar 8 gotas pela manhã

cbdMD Full CBd Gummies 6000mg ----- 4 frascos  
Tomar 1 goma pela manhã e 1 goma a noite

Rare Cannabinoid THC + CBC Mood Gummies ----- 4 frascos  
Tomar 1 goma ao dia (próximo a refeições)

27 de Junho de 2024

E-mail prescritor: drajacqueline@clinica.medica.com.br



- Data
- Identificação do paciente
- Nome comercial do produto
- Sugestão de dose inicial
- Quantidade de frascos para 2 anos de uso
- Carimbo e assinatura do prescritor
- CRM e Identificação do prescritor
- E-mail do prescritor
- Endereço consultório

**Com a prescrição em mãos, o paciente pode entrar em contato com nosso canal de acolhimento:**



+ 55 11 98800-4617



acolhimento@cannafy.com.br



cannafy.com.br