



**PACIENTE:**

**Peso:**

**Data de Nascimento:**

**Uso oral:**

- Golden CBD+ Nano Full Spectrum Painkiller: 50% CBD + 50% CBG 2000 mg - frasco 30 ml

**Posologia:**

---



Rua xxxxxx  
Bairro: XXXX CIDADE-ESTADO. CEP XXXXX-XX

---

---

Dr. XXXXXXXXXX  
CRM 1XXXXXX



+55 (12) 99999-99



drmedicoso@gmail.com