Nome Completo do Paciente sem Abreviaturas

**Uso Sublingual**

**Allandiol FORTE 30ml**

1. Tomar 2 gotas, 1 vez a noite por 2 dias.
2. Após isso tomar 3 gotas a noite 1 gota antes do almoço por mais 2 dias.
3. Após isso tomar 4 gotas a noite e 2 gotas antes do almoço por mais 2 dias

(Tele-atendimento)

1. Após isso aumentar para 8 gotas à noite e 4 gotas antes do almoço por uma semana
2. Após isso aumentar para 16 gotas a noite e 8 gotas antes do almoço.
3. Após isso tomar 20 gotas antes de dormir, 10 gotas cedo e 10 gotas no final do dia

(Uso Contínuo)

**Quantidade: 2 frascos/mês.**

**Total = 24 frascos/ano**

**CID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 202