AMME
MEDICINAL

CATÁLOGO + SUGESTÃO DE PRESCRIÇÃO

A AMME MEDICINAL É UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL, SEM FINS LUCRATIVOS, QUE REALIZA ABORDAGEM TERAPÊUTICA POR MEIO DO USO DA CANNABIS MEDICINAL.

Quem Somos

Associação Pernambucana que luta pelo direito ao cultivo, tratamento e informação acerca da terapêutica canábica.

Somos uma associação de apoio a Canabis medicinal, recifense e não governamental, que realiza a abordagem terapêutica por meio do uso dos Cannabinóides. Nossa intenção é a de possibilitar o acesso a milhares de pessoas ao tratamento fitocanabinoide, de modo a garantir qualidade de vida e melhores efeitos no controle de sinais e sintomas de diferentes patologias.

A AMME MEDICINAL É UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL, SEM FINS LUCRATIVOS, QUE REALIZA ABORDAGEM TERAPÊUTICA POR MEIO DO USO DA CANNABIS MEDICINAL.

Acolhimento

Com o objetivo de facilitar a comunicação e garantir suporte adequado, possuímos um acolhimento exclusivo para auxiliar nossos associados.

WhatsApp: (81) 9604-0269

Email: ammevida@gmail.com

A AMME MEDICINAL É UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL, SEM FINS LUCRATIVOS, QUE REALIZA ABORDAGEM TERAPÊUTICA POR MEIO DO USO DA CANNABIS MEDICINAL.

Produtos

Azul – Rico em CBD – 30ml

Concetração	mg/ml	mg por frasco
1%	10mg	300mg
2%	20mg	600mg
3%	30mg	1000mg
6%	60mg	2000mg
10%	100mg	3000mg

*Concentrações referem a quantidade de extrato bruto diluído

*Veículo Azeite de Oliva

A AMME MEDICINAL É UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL, SEM FINS LUCRATIVOS, QUE REALIZA ABORDAGEM TERAPÊUTICA POR MEIO DO USO DA CANNABIS MEDICINAL.

Produtos

Verde – Rico em THC – 30ml

Concetração	mg/ml	mg por frasco
1%	10mg	300mg
2%	20mg	600mg
3%	30mg	1000mg
6%	60mg	2000mg

*Concentrações referem a quantidade de extrato bruto diluído

*Veículo Azeite de Oliva

A AMME MEDICINAL É UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL, SEM FINS LUCRATIVOS, QUE REALIZA ABORDAGEM TERAPÊUTICA POR MEIO DO USO DA CANNABIS MEDICINAL.

AMME MEDICINAL

Produtos

Dourado – THC/CBD 1:1 – 30 ml

Concetração	mg/ml	mg por frasco
2%	20mg	600mg
3%	30mg	1000mg
6%	60mg	2000mg

*Concentrações referem a quantidade de extrato bruto diluído
*Veículo Azeite de Oliva

A AMME MEDICINAL É UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL, SEM FINS LUCRATIVOS, QUE REALIZA ABORDAGEM TERAPÊUTICA POR MEIO DO USO DA CANNABIS MEDICINAL.

AMME MEDICINAL

AMME
MEDICINAL
OLÉO RICO EM THC
FULL SPECTRUM
1% 300MG
ENTREGA APENAS COM
APRESENTAÇÃO DE RECEITA
Contém 30 ml
USO ORAL
AMME
MEDICINAL
OLÉO RICO EM CBD
FULL SPECTRUM
1% 300MG
ENTREGA APENAS COM
APRESENTAÇÃO DE RECEITA
Contém 30 ml
USO ORAL
AMME
MEDICINAL
OLÉO MISTO 1:1
FULL SPECTRUM
1% 300MG
ENTREGA APENAS COM
APRESENTAÇÃO DE RECEITA
Contém 30 ml
USO ORAL

Como prescrever?

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DADOS DO MÉDICO

Nome Completo: _____

CRO: _____ UF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA FARMACIA

2ª VIA PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição

ÓLEO AZUL RICO EM CBD X% 30ML X FRASCOS

TOMAR X GOTAS X VEZES AO DIA

DATA DA RECEITA

_____

Assinatura / Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____	
UF: _____	
Telefone: _____	_____ Assinatura e carimbo do farmacêutico — __/__/__ Data

1ª Via: Fornecedor - 2ª Via: Paciente

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DADOS DO MÉDICO

Nome Completo: _____

CRO: _____ UF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA FARMACIA

2ª VIA PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição

ÓLEO VERDE RICO EM THC X% 30ML X FRASCOS

TOMAR X GOTAS X VEZES AO DIA

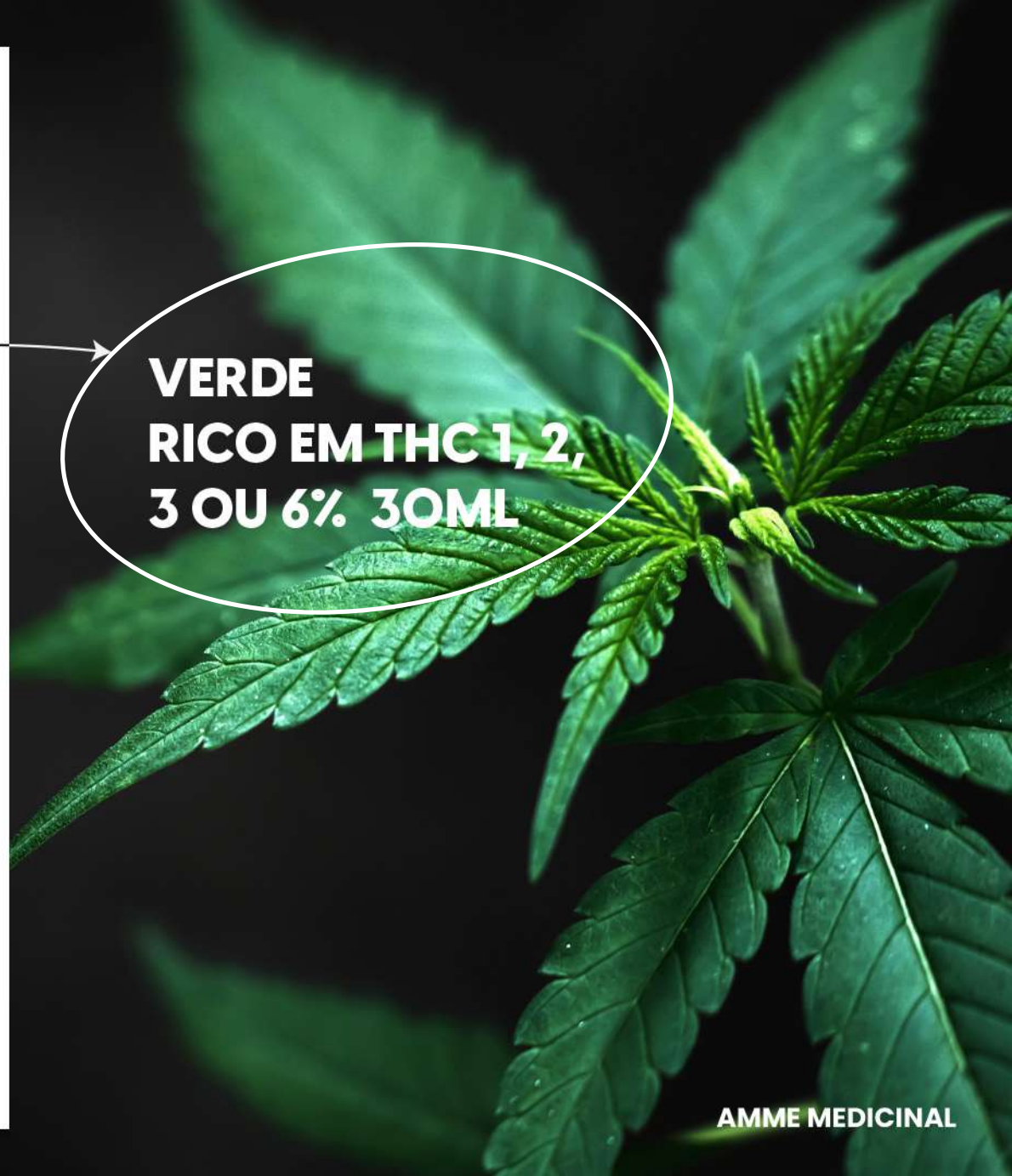
DATA DA RECEITA

_____

Assinatura / Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____	
UF: _____	
Telefone: _____	_____ Assinatura e carimbo do farmacêutico — __/__/__ Data

1ª Via: Fornecedor - 2ª Via: Paciente



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DADOS DO MÉDICO

Nome Completo: _____

CRO: _____ UF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA FARMACIA

2ª VIA PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição

ÓLEO DOURADO THC/CBD MISTO 1:1 X% 30ML X FRASCOS

TOMAR X GOTAS X VEZES AO DIA

DATA DA RECEITA

_____

Assinatura / Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____	
UF: _____	
Telefone: _____	_____ Assinatura e carimbo do farmacêutico — __/__/__ Data

1ª Via: Fornecedor - 2ª Via: Paciente

DOURADO
THC/CBD MISTO
1:1 2, 3 OU 6%
30ML

AMME MEDICINAL