

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Anderson Souza Silva Peres
CRM: 36604 RS
Endereço: Avenida presidente Juscelino
Kubitschek de Oliveira, 2905 -
Apartamento 302 - Bloco A
Telefone: (58) 98134-0281
Cidade e UF: Pelotas - RS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**DATA:** 27/09/2024

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

David Marley Santos Nere

CPF: 104.411.035-02**Endereço:** Rua Higino Machado , loteamento 61, Itororó - Bahia**Fórmula**

1 embalagem

Óleo Medicinal Integral de Cannabis Predominante em CBD 6000mg Óleo CBD full spectrum MEDKAYA -
(200mg/mL - 5mg/gota) 1 FR de 30 mL(1un)
Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar): Semana 1: Tomar 1 gota após o café da manhã e 2 gotas após a janta,
diariamente (total aproximado de 15 mg/dia); Semana 2: Tomar 2 gotas após o café da manhã e 2 gotas
após a janta, diariamente (total aproximado de 20 mg/dia).

Na sequência, manter a dose informada e consultar com o médico prescritor.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
RG:
Endereço:
Telefone:
Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Anderson Souza Silva Peres
CRM: 36604 RS
Endereço: Avenida presidente Juscelino
Kubitschek de Oliveira, 2905 -
Apartamento 302 - Bloco A
Telefone: (58) 98134-0281
Cidade e UF: Pelotas - RS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 27/09/2024
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

David Marley Santos Nere

CPF: 104.411.035-02

Endereço: Rua Higino Machado , loteamento 61, Itororó - Bahia

Fórmula**1 embalagem**

Óleo Medicinal Integral de Cannabis Predominante em CBD 6000mg Óleo CBD full spectrum MEDKAYA -
(200mg/mL - 5mg/gota) 1 FR de 30 mL(1un)
Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar): Semana 1: Tomar 1 gota após o café da manhã e 2 gotas após a janta,
diariamente (total aproximado de 15 mg/dia); Semana 2: Tomar 2 gotas após o café da manhã e 2 gotas
após a janta, diariamente (total aproximado de 20 mg/dia).

Na sequência, manter a dose informada e consultar com o médico prescritor.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
RG:
Endereço:
Telefone:
Cidade e UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO