

Nome: GABRIEL VIANA SA GULARTE

CPF: 051.575.330-04

Data e hora: 31/05/2025 - 00:34:58 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

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

Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 31/05/2025 ao dia 04/06/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da janta (total aproximado de 60 mg/dia);

Do dia 05/06/2025 ao dia 09/06/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da janta (total aproximado de 65 mg/dia);

Do dia 10/06/2025 ao dia 15/06/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da janta (total aproximado de 70 mg/dia);

Do dia 16/06/2025 ao dia 21/06/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã e 8 gotas no horário da janta (total aproximado de 75 mg/dia);

Do dia 22/06/2025 ao dia 27/06/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã e 8 gotas no horário da janta (total aproximado de 80 mg/dia);



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Avenida presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, 2905 - Apartamento 302 - Bloco A

Assinado digitalmente por **Anderson Souza Silva Peres - CRM 36604 RS**

Token (Farmácia): **T9eRtu** - Código de desbloqueio (Paciente): **8126**

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:** 31/05/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

GABRIEL VIANA SA GULARTE

CPF: 051.575.330-04**Endereço:** RUA ANTONIO ROCHA MEIRELLES LEITE, 2692, Rio Grande - RS**Fórmula**

1 embalagem

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

Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 31/05/2025 ao dia 04/06/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da
janta (total aproximado de 60 mg/dia);

Do dia 05/06/2025 ao dia 09/06/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da
janta (total aproximado de 65 mg/dia);

Do dia 10/06/2025 ao dia 15/06/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da
janta (total aproximado de 70 mg/dia);

Do dia 16/06/2025 ao dia 21/06/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã e 8 gotas no horário da
janta (total aproximado de 75 mg/dia);

Do dia 22/06/2025 ao dia 27/06/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã e 8 gotas no horário da
janta (total aproximado de 80 mg/dia);

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:** 31/05/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

GABRIEL VIANA SA GULARTE

CPF: 051.575.330-04**Endereço:** RUA ANTONIO ROCHA MEIRELLES LEITE, 2692, Rio Grande - RS**Fórmula**

1 embalagem

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

Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 31/05/2025 ao dia 04/06/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da
janta (total aproximado de 60 mg/dia);

Do dia 05/06/2025 ao dia 09/06/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da
janta (total aproximado de 65 mg/dia);

Do dia 10/06/2025 ao dia 15/06/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da
janta (total aproximado de 70 mg/dia);

Do dia 16/06/2025 ao dia 21/06/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã e 8 gotas no horário da
janta (total aproximado de 75 mg/dia);

Do dia 22/06/2025 ao dia 27/06/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã e 8 gotas no horário da
janta (total aproximado de 80 mg/dia);

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO