

Nome: Deise Oliveira Guerin

CPF: 019.510.540-08

Data e hora: 03/12/2025 - 09:20:54 (GMT-3)

1. Fórmula

30 embalagens

MEDKAYA USALINE 3000mg CBD FullSpectrum - Hemp Seed - Linha americana - (100mg/mL - 2,5mg/gota) 1 FR de 30 mL(1un)

Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Tomar 30 gotas após o café da manhã e 30 gotas no horário da janta.



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): **xp4NuW** - Código de desbloqueio (Paciente): **5447**

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: 03/12/2025
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Deise Oliveira Guerin
CPF: 019.510.540-08
Endereço: Gonçalves Ledo, N60, Florianópolis

Fórmula

30 embalagens

MEDKAYA USALINE 3000mg CBD FullSpectrum - Hemp Seed - Linha americana - (100mg/mL - 2,5mg/gota) 1
FR de 30 mL(1un)
Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Tomar 30 gotas após o café da manhã e 30 gotas no horário da janta.

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: 03/12/2025
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Deise Oliveira Guerin
CPF: 019.510.540-08
Endereço: Gonçalves Ledo, N60, Florianópolis

Fórmula

30 embalagens

MEDKAYA USALINE 3000mg CBD FullSpectrum - Hemp Seed - Linha americana - (100mg/mL - 2,5mg/gota) 1
FR de 30 mL(1un)
Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Tomar 30 gotas após o café da manhã e 30 gotas no horário da janta.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO
