

Nome: João Guilherme Dias Ferraz

CPF: 107.343.285-83

Data e hora: 04/06/2025 - 17:44:43 (GMT-3)

1. 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)

Do dia 05/06/2025 ao dia 11/06/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã e 9 gotas após o almoço (total aproximado de 85 mg/dia);

Do dia 12/06/2025 ao dia 18/06/2025: Tomar 9 gotas após o café da manhã e 9 gotas após o almoço (total aproximado de 90 mg/dia);

Do dia 19/06/2025 ao dia 25/06/2025: Tomar 10 gotas após o café da manhã e 9 gotas após o almoço (total aproximado de 95 mg/dia);

Do dia 26/06/2025 ao dia 02/07/2025: Tomar 10 gotas após o café da manhã e 10 gotas após o almoço (total aproximado de 100 mg/dia);

Obs: Em cada troca de ciclo (intervalo), enviar um feedback ao médico, informando como foi a semana em termos de mudanças de comportamento.



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): **oNQLbA** - Código de desbloqueio (Paciente): **7318**

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:** 04/06/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

João Guilherme Dias Ferraz

CPF: 107.343.285-83**Endereço:** Rua L,125, Conj. Walter Cardoso Valadares, bairro: Valadares,, Estância/ SE**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)

Do dia 05/06/2025 ao dia 11/06/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã e 9 gotas após o almoço
(total aproximado de 85 mg/dia);

Do dia 12/06/2025 ao dia 18/06/2025: Tomar 9 gotas após o café da manhã e 9 gotas após o almoço
(total aproximado de 90 mg/dia);

Do dia 19/06/2025 ao dia 25/06/2025: Tomar 10 gotas após o café da manhã e 9 gotas após o almoço
(total aproximado de 95 mg/dia);

Do dia 26/06/2025 ao dia 02/07/2025: Tomar 10 gotas após o café da manhã e 10 gotas após o almoço
(total aproximado de 100 mg/dia);

Obs: Em cada troca de ciclo (intervalo), enviar um feedback ao médico, informando como foi a semana
em termos de mudanças de comportamento.

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:** 04/06/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

João Guilherme Dias Ferraz

CPF: 107.343.285-83**Endereço:** Rua L,125, Conj. Walter Cardoso Valadares, bairro: Valadares,, Estância/ SE**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)

Do dia 05/06/2025 ao dia 11/06/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã e 9 gotas após o almoço
(total aproximado de 85 mg/dia);

Do dia 12/06/2025 ao dia 18/06/2025: Tomar 9 gotas após o café da manhã e 9 gotas após o almoço
(total aproximado de 90 mg/dia);

Do dia 19/06/2025 ao dia 25/06/2025: Tomar 10 gotas após o café da manhã e 9 gotas após o almoço
(total aproximado de 95 mg/dia);

Do dia 26/06/2025 ao dia 02/07/2025: Tomar 10 gotas após o café da manhã e 10 gotas após o almoço
(total aproximado de 100 mg/dia);

Obs: Em cada troca de ciclo (intervalo), enviar um feedback ao médico, informando como foi a semana
em termos de mudanças de comportamento.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO