

Nome: Luiz Carlos Ferreira de Faria

CPF: 130.018.841-34

Data e hora: 04/08/2025 - 15:31:02 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

Óleo Medicinal Integral de Cannabis Predominante em CBD 3000mg Óleo CBD Broadpectrum MEDKAYA USA -
(100mg/mL - 2,5mg/gota) 1 FR de 30 mL(1un)

Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 04/08/2025 ao dia 07/08/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã e 5 gotas no horário da
janta (total aproximado de 25 mg/dia);

Do dia 08/08/2025 ao dia 11/08/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da
janta (total aproximado de 30 mg/dia);

Do dia 12/08/2025 ao dia 15/08/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da
janta (total aproximado de 35 mg/dia);

Do dia 16/08/2025 ao dia 19/08/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã e 8 gotas no horário da
janta (total aproximado de 40 mg/dia);

Do dia 20/08/2025 ao dia 25/08/2025: Tomar 9 gotas após o café da manhã e 9 gotas no horário da
janta (total aproximado de 45 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): **fJcZoj** - Código de desbloqueio (Paciente): **9251**

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:** 04/08/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Luiz Carlos Ferreira de Faria

CPF: 130.018.841-34**Endereço:** Rua 12 - Ed Mirante do Bosque, número 198, apto 1702, Goiânia - Goiás**Fórmula**

1 embalagem

Óleo Medicinal Integral de Cannabis Predominante em CBD 3000mg Óleo CBD Broadpectrum MEDKAYA
USA - (100mg/mL - 2,5mg/gota) 1 FR de 30 mL(1un)
Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 04/08/2025 ao dia 07/08/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã e 5 gotas no horário da
janta (total aproximado de 25 mg/dia);

Do dia 08/08/2025 ao dia 11/08/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da
janta (total aproximado de 30 mg/dia);

Do dia 12/08/2025 ao dia 15/08/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da
janta (total aproximado de 35 mg/dia);

Do dia 16/08/2025 ao dia 19/08/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã e 8 gotas no horário da
janta (total aproximado de 40 mg/dia);

Do dia 20/08/2025 ao dia 25/08/2025: Tomar 9 gotas após o café da manhã e 9 gotas no horário da
janta (total aproximado de 45 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:** 04/08/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Luiz Carlos Ferreira de Faria

CPF: 130.018.841-34**Endereço:** Rua 12 - Ed Mirante do Bosque, número 198, apto 1702, Goiânia - Goiás**Fórmula**

1 embalagem

Óleo Medicinal Integral de Cannabis Predominante em CBD 3000mg Óleo CBD Broadpectrum MEDKAYA
USA - (100mg/mL - 2,5mg/gota) 1 FR de 30 mL(1un)
Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 04/08/2025 ao dia 07/08/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã e 5 gotas no horário da
janta (total aproximado de 25 mg/dia);

Do dia 08/08/2025 ao dia 11/08/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da
janta (total aproximado de 30 mg/dia);

Do dia 12/08/2025 ao dia 15/08/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da
janta (total aproximado de 35 mg/dia);

Do dia 16/08/2025 ao dia 19/08/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã e 8 gotas no horário da
janta (total aproximado de 40 mg/dia);

Do dia 20/08/2025 ao dia 25/08/2025: Tomar 9 gotas após o café da manhã e 9 gotas no horário da
janta (total aproximado de 45 mg/dia);

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO