

Nome: Miguel Woss dos Santos

CPF: 135.661.519-80

Data e hora: 09/01/2026 - 10:20:54 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E - 1 FR de 30 mL(1un)

Óleo q.s.p.....30mL

Tomar 5 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da janta (total aproximado de 55mg/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): **tefaLX** - Código de desbloqueio (Paciente): **6547**

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: 09/01/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Miguel Woss dos Santos

CPF: 135.661.519-80

Endereço: Rua Waldomiro Rodrigues, 360, Curitiba/PR

Fórmula

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E - 1 FR
de 30 mL(1un)
Óleo q.s.p.....30mL

Tomar 5 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da janta (total aproximado de 55mg/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: 09/01/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Miguel Woss dos Santos

CPF: 135.661.519-80

Endereço: Rua Waldomiro Rodrigues, 360, Curitiba/PR

Fórmula

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E - 1 FR
de 30 mL(1un)
Óleo q.s.p.....30mL

Tomar 5 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da janta (total aproximado de 55mg/dia);

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO