

Nome: JOÃO PEDRO SILVA DOS SANTOS

CPF: 171.271.694-89

Data e hora: 21/05/2025 - 10:12:34 (GMT-3)

1. Fórmula

1 frasco

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 21/05/2025 ao dia 27/05/2025: Tomar 2 gotas após o café da manhã e 3 gotas após a janta, diariamente (total aproximado de 25 mg/dia);

Do dia 28/05/2025 ao dia 03/06/2025: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 3 gotas após a janta, diariamente (total aproximado de 30 mg/dia);

Do dia 04/06/2025 ao dia 10/06/2025: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 4 gotas após a janta, diariamente (total aproximado de 35 mg/dia);

Do dia 11/06/2025 ao dia 17/06/2025: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 4 gotas após a janta, diariamente (total aproximado de 40 mg/dia);

Do dia 18/06/2025 ao dia 24/06/2025: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 5 gotas após a janta, diariamente (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): **HmdG6H** - Código de desbloqueio (Paciente): **5080**

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:** 21/05/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

JOÃO PEDRO SILVA DOS SANTOS

CPF: 171.271.694-89**Endereço:** SÍTIO CIPOAL, 88, PASSAGEM/RN**Fórmula**

1 frasco

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 21/05/2025 ao dia 27/05/2025: Tomar 2 gotas após o café da manhã e 3 gotas após a janta,
diariamente (total aproximado de 25 mg/dia);

Do dia 28/05/2025 ao dia 03/06/2025: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 3 gotas após a janta,
diariamente (total aproximado de 30 mg/dia);

Do dia 04/06/2025 ao dia 10/06/2025: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 4 gotas após a janta,
diariamente (total aproximado de 35 mg/dia);

Do dia 11/06/2025 ao dia 17/06/2025: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 4 gotas após a janta,
diariamente (total aproximado de 40 mg/dia);

Do dia 18/06/2025 ao dia 24/06/2025: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 5 gotas após a janta,
diariamente (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:** 21/05/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

JOÃO PEDRO SILVA DOS SANTOS

CPF: 171.271.694-89**Endereço:** SÍTIO CIPOAL, 88, PASSAGEM/RN**Fórmula**

1 frasco

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 21/05/2025 ao dia 27/05/2025: Tomar 2 gotas após o café da manhã e 3 gotas após a janta,
diariamente (total aproximado de 25 mg/dia);

Do dia 28/05/2025 ao dia 03/06/2025: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 3 gotas após a janta,
diariamente (total aproximado de 30 mg/dia);

Do dia 04/06/2025 ao dia 10/06/2025: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 4 gotas após a janta,
diariamente (total aproximado de 35 mg/dia);

Do dia 11/06/2025 ao dia 17/06/2025: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 4 gotas após a janta,
diariamente (total aproximado de 40 mg/dia);

Do dia 18/06/2025 ao dia 24/06/2025: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 5 gotas após a janta,
diariamente (total aproximado de 45 mg/dia);

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO