

Nome: Thiago Silva de Oliveira

CPF: 568.988.958-00

Data e hora: 15/09/2025 - 18:14:11 (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 15/09/2025 ao dia 22/09/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã 6 gotas no horário da janta (total aproximado de 60mg/dia);

Do dia 23/09/2025 ao dia 30/09/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã 6 gotas no horário da janta (total aproximado de 65mg/dia);

Do dia 01/10/2025 ao dia 08/10/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã 7 gotas no horário da janta (total aproximado de 70mg/dia);

Do dia 09/10/2025 ao dia 16/10/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã 7 gotas no horário da janta (total aproximado de 75mg/dia);

Do dia 17/10/2025 ao dia 24/10/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã 8 gotas no horário da janta (total aproximado de 80mg/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): **3R9bOn** - Código de desbloqueio (Paciente): **7061**

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:** 15/09/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Thiago Silva de Oliveira

CPF: 568.988.958-00**Endereço:** Rua Francisco Alves - Paulicéia, 1706, São Bernardo do Campo/SP**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 15/09/2025 ao dia 22/09/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã 6 gotas no horário da janta
(total aproximado de 60mg/dia);

Do dia 23/09/2025 ao dia 30/09/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã 6 gotas no horário da janta
(total aproximado de 65mg/dia);

Do dia 01/10/2025 ao dia 08/10/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã 7 gotas no horário da janta
(total aproximado de 70mg/dia);

Do dia 09/10/2025 ao dia 16/10/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã 7 gotas no horário da janta
(total aproximado de 75mg/dia);

Do dia 17/10/2025 ao dia 24/10/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã 8 gotas no horário da janta
(total aproximado de 80mg/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:** 15/09/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Thiago Silva de Oliveira

CPF: 568.988.958-00**Endereço:** Rua Francisco Alves - Paulicéia, 1706, São Bernardo do Campo/SP**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 15/09/2025 ao dia 22/09/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã 6 gotas no horário da janta
(total aproximado de 60mg/dia);

Do dia 23/09/2025 ao dia 30/09/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã 6 gotas no horário da janta
(total aproximado de 65mg/dia);

Do dia 01/10/2025 ao dia 08/10/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã 7 gotas no horário da janta
(total aproximado de 70mg/dia);

Do dia 09/10/2025 ao dia 16/10/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã 7 gotas no horário da janta
(total aproximado de 75mg/dia);

Do dia 17/10/2025 ao dia 24/10/2025: Tomar 8 gotas após o café da manhã 8 gotas no horário da janta
(total aproximado de 80mg/dia);

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO