

Nome: Rairene Bezerra Alves

CPF: 060.103.791-05

Data e hora: 06/09/2025 - 12:46:26 (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

Tomar 4 gotas após o café da manhã e 5 gotas no horário da janta (total aproximado de 45mg/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): **VA0ueZ** - Código de desbloqueio (Paciente): **6287**

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: 06/09/2025
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Rairene Bezerra Alves

CPF: 060.103.791-05

Endereço: BC 32, 205, Água Boa - MT

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

Tomar 4 gotas após o café da manhã e 5 gotas no horário da janta (total aproximado de 45mg/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: 06/09/2025
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Rairene Bezerra Alves

CPF: 060.103.791-05

Endereço: BC 32, 205, Água Boa - MT

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

Tomar 4 gotas após o café da manhã e 5 gotas no horário da janta (total aproximado de 45mg/dia);

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO