

Nome: Davi Lucca de Mello Golembiewski

CPF: 059.569.310-51

Data e hora: 19/03/2026 - 08:37:54 (GMT-3)

1. MedKaya CBD+CBG Broad Spectrum 5% - Sabor Morango, Óleo (1un de 30mL) 1 embalagem
Medkaya

TCM 0% + Canabidiol (CBD) 50mg/mL + Canabigerol (CBG) 7mg/mL

1 gota após o café. Após 7 dias, 1 gota após o café e almoço. Após mais 7 dias, 2 gotas após o café.
Após mais 7 dias, 2 gotas após o café e 2 gotas após o almoço.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Rua Jabuticabeiras do Sul, 532

Assinado digitalmente por **Eduardo de Paiva Gama Neto - CRM 34301 SC**

Token (Farmácia): **oTzUEN** - Código de desbloqueio (Paciente): **4787**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: eduardo Gama
CRM: 34301 SC
Endereço: Rua Jabuticabeiras do Sul, 532
Telefone: (48) 98808-7349
Cidade e UF: Florianópolis - SC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 19/03/2026 08:37:54 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Davi Lucca de Mello Golembiewski

CPF: 059.569.310-51

Endereço: Não há endereço cadastrado

MedKaya CBD+CBG Broad Spectrum 5% - Sabor Morango, Óleo (1un de 30mL) 1 embalagem

Medkaya

TCM 0% + Canabidiol (CBD) 50mg/mL + Canabigerol (CBG) 7mg/mL

1 gota após o café. Após 7 dias, 1 gota após o café e almoço. Após mais 7 dias, 2 gotas após o café.
Após mais 7 dias, 2 gotas após o café e 2 gotas após o almoço.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: eduardo Gama
CRM: 34301 SC
Endereço: Rua Jabuticabeiras do Sul, 532
Telefone: (48) 98808-7349
Cidade e UF: Florianópolis - SC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 19/03/2026 08:37:54 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Davi Lucca de Mello Golembiewski

CPF: 059.569.310-51

Endereço: Não há endereço cadastrado

MedKaya CBD+CBG Broad Spectrum 5% - Sabor Morango, Óleo (1un de 30mL) 1 embalagem

Medkaya

TCM 0% + Canabidiol (CBD) 50mg/mL + Canabigerol (CBG) 7mg/mL

1 gota após o café. Após 7 dias, 1 gota após o café e almoço. Após mais 7 dias, 2 gotas após o café.
Após mais 7 dias, 2 gotas após o café e 2 gotas após o almoço.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO