

Nome: Nicolas Gabriel Silva Amorim

CPF: 116.012.685-21

Data e hora: 15/05/2025 - 22:26:18 (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 16/05/2025 ao dia 21/05/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã e 5 gotas no horário da janta (total aproximado de 50mg/dia);

Do dia 22/05/2025 ao dia 28/05/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da janta (total aproximado de 55mg/dia);

Do dia 29/05/2025 ao dia 04/06/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da janta (total aproximado de 60mg/dia);

Do dia 05/06/2025 ao dia 11/06/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da janta (total aproximado de 65mg/dia);

Do dia 12/06/2025 ao dia 18/06/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da janta (total aproximado de 70mg/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): **8Lky7y** - Código de desbloqueio (Paciente): **3838**

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:** 15/05/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Nicolas Gabriel Silva Amorim

CPF: 116.012.685-21**Endereço:** Rua Eliezer Ribeiro de Almeida, N° 204, Manoel Vitorino - Bahia**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 16/05/2025 ao dia 21/05/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã e 5 gotas no horário da
janta (total aproximado de 50mg/dia);

Do dia 22/05/2025 ao dia 28/05/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da
janta (total aproximado de 55mg/dia);

Do dia 29/05/2025 ao dia 04/06/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da
janta (total aproximado de 60mg/dia);

Do dia 05/06/2025 ao dia 11/06/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da
janta (total aproximado de 65mg/dia);

Do dia 12/06/2025 ao dia 18/06/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da
janta (total aproximado de 70mg/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:** 15/05/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Nicolas Gabriel Silva Amorim

CPF: 116.012.685-21**Endereço:** Rua Eliezer Ribeiro de almeida, N° 204, Manoel Vitorino - Bahia**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 16/05/2025 ao dia 21/05/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã e 5 gotas no horário da
janta (total aproximado de 50mg/dia);

Do dia 22/05/2025 ao dia 28/05/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da
janta (total aproximado de 55mg/dia);

Do dia 29/05/2025 ao dia 04/06/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 6 gotas no horário da
janta (total aproximado de 60mg/dia);

Do dia 05/06/2025 ao dia 11/06/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da
janta (total aproximado de 65mg/dia);

Do dia 12/06/2025 ao dia 18/06/2025: Tomar 7 gotas após o café da manhã e 7 gotas no horário da
janta (total aproximado de 70mg/dia);

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO