

Paciente:

**ROGERIO SIDNEI ALVES**

CPF do Paciente:

567.430.171-91

Nascimento:

21/06/1973

Emissão:

16/05/2025 - 09:42:53

Endereço:

RUA DAS GAIVOTAS, 1380, 1380, INGLESSES DO RIO VERMELHO -  
88058500, FLORIANOPOLIS - SC

Você sabia que pode  
acessar esta receita  
no **seu celular?**



1 Escaneie o QR Code ou acesse:  
**re.mevosau.de.com.br/MYZGXML**

2 Você pode baixar o PDF ou acessar a via digital  
dos medicamentos prescritos sempre que  
precisar

3 Seu código de acesso é: **4708**

**MEDKAYA - CANABIGEROL (CBG) 2400mg CBD + CBG - 30ml (1un)**

**1 caixa**

Tomar 2 gotas sublingual pela manhã, 2 gotas após o almoço e 2 gotas ao anoitecer (19-20h) durante semana. , na 2 semana subir 3 gotas nos mesmos horários, e na 3a semana 4 gotas mantendo ainda os mesmos horários. (48 99982 2057)



Importante: Verifique a autenticidade e integridade do documento em: [validar.iti.gov.br](https://validar.iti.gov.br) Assinado digitalmente conforme ICP-Brasil (MP 2.200-2/2001) por Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA em 16/05/2025 - 09:42:53

**Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA | CRM 15898 SC**

Rua São Jorge 25 S/N CENTRO - FLORIANOPOLIS SC - CEP 88015320 Telefone: (48) 99149-1853

Farmacêutico, valide a receita digital em <https://farmacias.mevosaude.com.br>

# Receituário Controle Especial

1º via da farmácia | 2º via do paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA

CRM 15898 SC

Telefone: (48) 99149-1853

Rua São Jorge 25 S/N CENTRO - FLORIANOPOLIS SC - CEP 88015320

Sua receita foi enviada para o seu celular e pode ser acessada pelo QRCode. Acesse e aproveite as vantagens!



Token da receita: MYZGXML

Código de acesso: 4708

Emissão: 16/05/2025 - 09:42:53

Paciente:

ROGERIO SIDNEI ALVES

Nascimento: 21/06/1973

CPF do Paciente: 567.430.171-91

Endereço: RUA DAS GAIVOTAS, 1380, 1380, INGLESSES DO RIO VERMELHO - 88058500, FLORIANOPOLIS - SC

Paco 500 mg + 30 mg, Comprimido

Tomar 1 comprimido via oral, se dor forte, até 3x/dia.

Uso contínuo



Importante: Verifique a autenticidade e integridade do documento em: [validar.it.gov.br](https://validar.it.gov.br) Assinado digitalmente conforme ICP-Brasil (MP 2.200-2/2001) por Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA em 16/05/2025 - 09:42:53

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

Data

# Receituário Controle Especial

1º via da farmácia | 2º via do paciente

|                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE                                                                         |
| <b>Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA</b><br>CRM 15898 SC                                        |
| <b>Telefone:</b> (48) 99149-1853<br>Rua São Jorge 25 S/N CENTRO - FLORIANOPOLIS SC - CEP 88015320 |

|                                                                                                              |                                                                                     |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Sua receita foi enviada para o seu celular e pode ser acessada pelo QRCode. Acesse e aproveite as vantagens! |  | Token da receita: <b>MYZGXML</b><br>Código de acesso: <b>4708</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

**Emissão:** 16/05/2025 - 09:42:53

**Paciente:**  
ROGERIO SIDNEI ALVES  
**Nascimento:** 21/06/1973  
**CPF do Paciente:** 567.430.171-91  
**Endereço:** RUA DAS GAIVOTAS, 1380, 1380, INGLESSES DO RIO VERMELHO - 88058500, FLORIANOPOLIS - SC

**Paco 500 mg + 30 mg, Comprimido**  
Tomar 1 comprimido via oral, se dor forte, até 3x/dia.  
**Uso contínuo**



Importante: Verifique a autenticidade e integridade do documento em: [validar.itl.gov.br](https://validar.itl.gov.br) Assinado digitalmente conforme ICP-Brasil (MP 2.200-2/2001) por Dr(a). JOAO PAULO MELLO DA SILVEIRA em 16/05/2025 - 09:42:53

|                                  |
|----------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR       |
| Nome: _____                      |
| Ident.: _____ Órg. Emissor _____ |
| End.: _____                      |
| Cidade: _____ UF: _____          |
| Telefone: _____                  |

|                             |
|-----------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
| Assinatura do farmacêutico  |
| Data                        |