

Nome: Deise Oliveira Guerin

CPF: 019.510.540-08

Data e hora: 22/01/2026 - 15:53:38 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 10% + THC < 0,2% + HSO + Vit. E.
Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Tomar 30 gotas após o café da manhã e 30 gotas no horário da janta.



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): **1YB7ZU** - Código de desbloqueio (Paciente): **2608**

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:** 22/01/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Deise Oliveira Guerin

CPF: 019.510.540-08**Endereço:** Gonçalves Ledo, N60, Florianópolis**Fórmula**

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 10% + THC < 0,2% + HSO + Vit. E.

Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Tomar 30 gotas após o café da manhã e 30 gotas no horário da janta.

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:** 22/01/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Deise Oliveira Guerin

CPF: 019.510.540-08**Endereço:** Gonçalves Ledo, N60, Florianópolis**Fórmula**

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 10% + THC < 0,2% + HSO + Vit. E.

Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Tomar 30 gotas após o café da manhã e 30 gotas no horário da janta.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO