

Nome: Igor Guimaraes Santos

CPF: 042.454.579-96

Data e hora: 23/12/2025 - 14:27:55 (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

TOMAR 3 GOTAS POR 5 DIAS, DEPOIS AUMENTAR PARA 6 GOTAS POR MAIS 5 DIAS E APÓS
TOMAR 10 GOTAS A NOITE



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): **KnCsZ1** - Código de desbloqueio (Paciente): **9643**

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:** 23/12/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Igor Guimaraes Santos

CPF: 042.454.579-96**Endereço:** Rua Garuva, 47, Tijucas**Fórmula**

1 embalagem

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

Óleo q.s.p.....30mL

TOMAR 3 GOTAS POR 5 DIAS, DEPOIS AUMENTAR PARA 6 GOTAS POR MAIS 5 DIAS E APÓS
TOMAR 10 GOTAS A NOITE

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:** 23/12/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Igor Guimaraes Santos

CPF: 042.454.579-96**Endereço:** Rua Garuva, 47, Tijucas**Fórmula**

1 embalagem

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

Óleo q.s.p.....30mL

TOMAR 3 GOTAS POR 5 DIAS, DEPOIS AUMENTAR PARA 6 GOTAS POR MAIS 5 DIAS E APÓS
TOMAR 10 GOTAS A NOITE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO