

**Nome:** Heitor Rodrigues Macedo

**CPF:** 526.525.418-89

**Data e hora:** 23/12/2025 - 15:24:31 (GMT-3)

## 1. Fórmula

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E. - 1 FR de 30 mL(1un)

q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 13/08/2025 ao dia 17/08/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã, 5 gotas após o almoço e 6 gotas após a janta (total de 80 mg/dia).

Do dia 18/08/2025 ao dia 22/08/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã, 6 gotas após o almoço e 6 gotas após a janta (total de 85 mg/dia).

Do dia 23/08/2025 ao dia 27/08/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã, 6 gotas após o almoço e 6 gotas após a janta (total de 90 mg/dia).

Do dia 28/08/2025 ao dia 31/08/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã, 6 gotas após o almoço e 7 gotas após a janta (total de 95 mg/dia).

Na sequência, manter a dose e ir dando feedback da evolução do Heitor para o médico.



**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): **MYacn1** - Código de desbloqueio (Paciente): **2340**

**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**

Heitor Rodrigues Macedo

**CPF:** 526.525.418-89**Endereço:** Rua música misteriosa , 9, São Paulo SP**Fórmula**

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E. - 1 FR  
de 30 mL(1un)

q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 13/08/2025 ao dia 17/08/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã, 5 gotas após o almoço e 6 gotas após a janta (total de 80 mg/dia).

Do dia 18/08/2025 ao dia 22/08/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã, 6 gotas após o almoço e 6 gotas após a janta (total de 85 mg/dia).

Do dia 23/08/2025 ao dia 27/08/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã, 6 gotas após o almoço e 6 gotas após a janta (total de 90 mg/dia).

Do dia 28/08/2025 ao dia 31/08/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã, 6 gotas após o almoço e 7 gotas após a janta (total de 95 mg/dia).

Na sequência, manter a dose e ir dando feedback da evolução do Heitor para o médico.

**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**

Heitor Rodrigues Macedo

**CPF:** 526.525.418-89**Endereço:** Rua música misteriosa , 9, São Paulo SP**Fórmula**

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E. - 1 FR  
de 30 mL(1un)

q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 13/08/2025 ao dia 17/08/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã, 5 gotas após o almoço e 6 gotas após a janta (total de 80 mg/dia).

Do dia 18/08/2025 ao dia 22/08/2025: Tomar 5 gotas após o café da manhã, 6 gotas após o almoço e 6 gotas após a janta (total de 85 mg/dia).

Do dia 23/08/2025 ao dia 27/08/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã, 6 gotas após o almoço e 6 gotas após a janta (total de 90 mg/dia).

Do dia 28/08/2025 ao dia 31/08/2025: Tomar 6 gotas após o café da manhã, 6 gotas após o almoço e 7 gotas após a janta (total de 95 mg/dia).

Na sequência, manter a dose e ir dando feedback da evolução do Heitor para o médico.

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

---

DATA

---

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO