

Nome: Vera Maria Gallo

CPF: 044.811.329-57

Data e hora: 23/12/2025 - 10:20:28 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

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

Pingar 03 a 04 gotas sublingual, duas vezes ao dia, após o café da manhã e após o jantar ou antes de deitar



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): **m0i5Ot** - Código de desbloqueio (Paciente): **6088**

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

Vera Maria Gallo

CPF: 044.811.329-57**Endereço:** Avenida dos Dourados, 820, Florianópolis**Fórmula**

1 embalagem

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

Óleo q.s.p.....30mL

Pingar 03 a 04 gotas sublingual, duas vezes ao dia, após o café da manhã e após o jantar ou antes de
deitar

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

Vera Maria Gallo

CPF: 044.811.329-57**Endereço:** Avenida dos Dourados, 820, Florianópolis**Fórmula**

1 embalagem

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

Óleo q.s.p.....30mL

Pingar 03 a 04 gotas sublingual, duas vezes ao dia, após o café da manhã e após o jantar ou antes de
deitar

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO