

Nome: Rejane Gouvea Dias

CPF: 625.497.900-49

Data e hora: 19/09/2025 - 15:02:19 (GMT-3)

1. Fórmula

1 frasco

Medcaya Gummy 600mg CBD + THC (10mg de CBD por Goma e 10mg de THC por goma) - 1 Frasco = 30 gomas.

Posologia (como tomar): Tomar metade de uma goma à noite e meia goma pela manhã.



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): **654ujt** - Código de desbloqueio (Paciente): **6706**

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:** 19/09/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Rejane Gouvea Dias

CPF: 625.497.900-49**Endereço:** Rua Inspetor Azevedo - Santa Rosa, 756, Rio Grande - RS**Fórmula**

1 frasco

Medcaya Gummy 600mg CBD + THC (10mg de CBD por Goma e 10mg de THC por goma) - 1 Frasco = 30 gomas.

Posologia (como tomar): Tomar metade de uma goma à noite e meia goma pela manhã.

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:** 19/09/2025

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Rejane Gouvea Dias

CPF: 625.497.900-49**Endereço:** Rua Inspetor Azevedo - Santa Rosa, 756, Rio Grande - RS**Fórmula**

1 frasco

Medcaya Gummy 600mg CBD + THC (10mg de CBD por Goma e 10mg de THC por goma) - 1 Frasco = 30 gomas.

Posologia (como tomar): Tomar metade de uma goma à noite e meia goma pela manhã.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO