

Nome: Miguel Medeiros

CPF: 187.237.757-26

Data e hora: 16/10/2025 - 12:48:53 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

Óleo Medicinal Integral de Cannabis Predominante em CBD 6000mg Óleo CBD full spectrum MEDKAYA - (200mg/mL - 5mg/gota) 1 FR de 30 mL(1un)

Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 16/10/2025 ao dia 23/10/2025: Tomar 2 gotas após o café da manhã e 3 gotas no horário da janta (total aproximado de 25mg/dia);

Do dia 24/10/2025 ao dia 31/10/2025: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 3 gotas no horário da janta (total aproximado de 30mg/dia);

Do dia 01/11/2025 ao dia 08/11/2025: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 4 gotas no horário da janta (total aproximado de 35mg/dia);

Do dia 09/11/2025 ao dia 16/11/2025: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 4 gotas no horário da janta (total aproximado de 40mg/dia);

Do dia 17/11/2025 ao dia 24/11/2025: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 5 gotas no horário da janta (total aproximado de 45mg/dia);

Após, manter a dose e realizar a consulta de retorno.



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): **aAd5aS** - Código de desbloqueio (Paciente): **8511**

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: 16/10/2025
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Miguel Medeiros

CPF: 187.237.757-26

Endereço: Rua Assis Martins - Marechal Hermes, 228, Rio De Janeiro

Fórmula

1 embalagem

Óleo Medicinal Integral de Cannabis Predominante em CBD 6000mg Óleo CBD full spectrum MEDKAYA -
(200mg/mL - 5mg/gota) 1 FR de 30 mL(1un)
Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 16/10/2025 ao dia 23/10/2025: Tomar 2 gotas após o café da manhã e 3 gotas no horário da
janta (total aproximado de 25mg/dia);

Do dia 24/10/2025 ao dia 31/10/2025: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 3 gotas no horário da
janta (total aproximado de 30mg/dia);

Do dia 01/11/2025 ao dia 08/11/2025: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 4 gotas no horário da
janta (total aproximado de 35mg/dia);

Do dia 09/11/2025 ao dia 16/11/2025: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 4 gotas no horário da
janta (total aproximado de 40mg/dia);

Do dia 17/11/2025 ao dia 24/11/2025: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 5 gotas no horário da
janta (total aproximado de 45mg/dia);

Após, manter a dose e realizar a consulta de retorno.

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: 16/10/2025
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Miguel Medeiros

CPF: 187.237.757-26

Endereço: Rua Assis Martins - Marechal Hermes, 228, Rio De Janeiro

Fórmula

1 embalagem

Óleo Medicinal Integral de Cannabis Predominante em CBD 6000mg Óleo CBD full spectrum MEDKAYA -
(200mg/mL - 5mg/gota) 1 FR de 30 mL(1un)
Óleo q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 16/10/2025 ao dia 23/10/2025: Tomar 2 gotas após o café da manhã e 3 gotas no horário da
janta (total aproximado de 25mg/dia);

Do dia 24/10/2025 ao dia 31/10/2025: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 3 gotas no horário da
janta (total aproximado de 30mg/dia);

Do dia 01/11/2025 ao dia 08/11/2025: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 4 gotas no horário da
janta (total aproximado de 35mg/dia);

Do dia 09/11/2025 ao dia 16/11/2025: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 4 gotas no horário da
janta (total aproximado de 40mg/dia);

Do dia 17/11/2025 ao dia 24/11/2025: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 5 gotas no horário da
janta (total aproximado de 45mg/dia);

Após, manter a dose e realizar a consulta de retorno.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO