

Nome: Miguel Rodrigues Silva

CPF: Não há CPF cadastrado

Data e hora: 09/02/2026 - 10:42:33 (GMT-3)

1. Fórmula

1 frasco

Produto de Cannabis Medkaya
Extrato rico em Canabinóides fullspectrum CBD 20% + THC <
0,2% + TCM + Vit. E
Gotas q.s.p.....30mL

Uso sublingual:
4 gotas após o almoço e 4 gotas após o jantar.
Dose para dispensação: Tomar até 15 gotas ao dia



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code
Endereço: Rua Eurico Hosterno, 300
Assinado digitalmente por **Rafaela Bock - CRM 28858 SC**
Token (Farmácia): **OVIH4k** - Código de desbloqueio (Paciente): **2694**

Rua Eurico Hosterno, 300 - Florianópolis

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Rafaela Bock
CRM: 28858 SC
Endereço: Rua Eurico Hosterno, 300
Telefone: (48) 3211-0890
Cidade e UF: Florianópolis - SC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 09/02/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

Paciente: Miguel Rodrigues Silva
CPF: Não há CPF cadastrado
Endereço: Rua 02 casa 36, metrópole 5, Caucaia

ASSINATURA

Fórmula

Produto de Cannabis Medkaya
Extrato rico em Canabinóides fullspectrum CBD 20% + THC <
0,2% + TCM + Vit. E
Gotas q.s.p.....30mL

1 frasco

Uso sublingual:

4 gotas após o almoço e 4 gotas após o jantar.

Dose para dispensação: Tomar até 15 gotas ao dia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Rafaela Bock
CRM: 28858 SC
Endereço: Rua Eurico Hosterno, 300
Telefone: (48) 3211-0890
Cidade e UF: Florianópolis - SC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 09/02/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

Paciente: Miguel Rodrigues Silva
CPF: Não há CPF cadastrado
Endereço: Rua 02 casa 36, metrópole 5, Caucaia

ASSINATURA

Fórmula

Produto de Cannabis Medkaya
Extrato rico em Canabinóides fullspectrum CBD 20% + THC <
0,2% + TCM + Vit. E
Gotas q.s.p.....30mL

1 frasco

Uso sublingual:
4 gotas após o almoço e 4 gotas após o jantar.
Dose para dispensação: Tomar até 15 gotas ao dia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Rua Eurico Hosterno, 300 - Florianópolis