

Nome: Thais Cristine de Moraes

CPF: 129.365.826-01

Data e hora: 04/02/2022 - 10:22:40

1. Fórmula

2 frascos

Medkaya CBD Full Spectrum 1500mg-----2frascos/mês -- 48 frascos /2 anos.

Óleo q.s.p.....30ml

Uso contínuo: Iniciar com 4 gotas pela manhã, 2 pela tarde, após almoço e 4 pela noite. via sublingual (segurar por 30s antes de deglutir). Intervalar 1h de medicações/refeições.



RECEITA DIGITAL MEMED

Endereço: Rua Pedro Suzart, número 874, Bairro Brasília

Assinado digitalmente por **Leopoldo Pires da Silva Netto - CRM 37045 BA**

Token: **esnZ32** - Código de desbloqueio: **6181**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Leopoldo Pires da Silva Netto
CRM: 37045 BA
Endereço: Rua Pedro Suzart, número 874, Bairro Brasília
Telefone: (75) 99183-7956
Cidade e UF: Feira de Santana - BA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**DATA:** 04/02/2022

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA**Paciente:** Thais Cristine de Moraes**CPF:** 129.365.826-01**Endereço:** Rua Rodolfo Prado, 214, casa, Bairro Centro, CEP 37132487, Alfenas - MG**Fórmula**

2 frascos

Medkaya CBD Full Spectrum 1500mg-----2frascos/mês -- 48 frascos /2 anos.

Óleo q.s.p.....30ml

Uso contínuo: Iniciar com 4 gotas pela manhã, 2 pela tarde, após almoço e 4 pela noite. via sublingual (segurar por 30s antes de deglutir). Intervalar 1h de medicações/refeições.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Leopoldo Pires da Silva Netto
CRM: 37045 BA
Endereço: Rua Pedro Suzart, número 874, Bairro Brasília
Telefone: (75) 99183-7956
Cidade e UF: Feira de Santana - BA

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**DATA:** 04/02/2022

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA**Paciente:** Thais Cristine de Moraes**CPF:** 129.365.826-01**Endereço:** Rua Rodolfo Prado, 214, casa, Bairro Centro, CEP 37132487, Alfenas - MG**Fórmula**

2 frascos

Medkaya CBD Full Spectrum 1500mg-----2frascos/mês -- 48 frascos /2 anos.

Óleo q.s.p.....30ml

Uso contínuo: Iniciar com 4 gotas pela manhã, 2 pela tarde, após almoço e 4 pela noite. via sublingual (segurar por 30s antes de deglutir). Intervalar 1h de medicações/refeições.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO