

Dr. Renato de Freitas Barreto

CRM: 12899GO - Neurologista

Nome: SUELENE DE OLIVEIRA PEIXOTO

CPF: 531.034.671-68

1. Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 10%, Óleo (1un de 30mL) 1 embalagem
Canabidiol (CBD) 100mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 10mg/mL + HSO 0%

Tomar 4 cedo e 9 noite.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code
Endereço: Av. Goiás, 903 - Centro
Assinado digitalmente por **Renato de Freitas Barreto - CRM 12899 GO**
Token (Farmácia): **ddHLKS** - Código de desbloqueio (Paciente): **7258**

Data e hora: 07/07/2026 - 10:51:39 (GMT-3)

Dr. Renato de Freitas Barreto

CRM: 12899GO - Neurologista

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Renato de Freitas Barreto
CRM: 12899 GO
Endereço: Av. Goiás, 903 - Centro
Telefone: (62) 3307-2325
Cidade e UF: Ceres - GO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 07/07/2026 10:51:39 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: SUELENE DE OLIVEIRA PEIXOTO

CPF: 531.034.671-68

Telefone: (62) 99670-9122

Endereço: rua jose - centro, Uruana/GO, 76335-000

Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 10%, Óleo (1un de 30mL) 1 embalagem
Canabidiol (CBD) 100mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 10mg/mL + HSO 0%

Tomar 4 cedo e 9 noite.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Dr. Renato de Freitas Barreto

CRM: 12899GO - Neurologista

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Renato de Freitas Barreto
CRM: 12899 GO
Endereço: Av. Goiás, 903 - Centro
Telefone: (62) 3307-2325
Cidade e UF: Ceres - GO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 07/07/2026 10:51:39 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: SUELENE DE OLIVEIRA PEIXOTO
CPF: 531.034.671-68
Telefone: (62) 99670-9122
Endereço: rua jose - centro, Uruana/GO, 76335-000

Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 10%, Óleo (1un de 30mL) 1 embalagem
Canabidiol (CBD) 100mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 10mg/mL + HSO 0%
Tomar 4 cedo e 9 noite.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO