

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

NÚMERO	
UF MG	791789

DATA 08/04/2026

Assinatura do Emitente
Dra. Ludmilla G. Lacerda Domellas
RQE Nº 47278 - CLINICA MEDICA / Dor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
CRM Mo 67919
CONTROLE 5912407

Endereço: _____

Ident. Nº: _____ Órgão Emissor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

A

Dra. Ludmilla G. Lacerda Domellas
RQE Nº 47278 - CLINICA MEDICA / Dor
CRM Mo 67919
CONTROLE 5912407

Paciente: Regiane Santos
Silva.

Endereço: _____

Telefone: _____

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA

Nome: Produto de Cannabis MedKaya
Quantidade e apresentação: THC 1% + CBD 1% + TCM - 30 mL

Forma Farm. Concent. p/ unid. posolog.
1 VIDRO - 30 mL

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____
/ /
DATA