

# RECEITUÁRIO MÉDICO

**Nome:** Juan Conceição de Lima

**CPF:** 121.752.357-00

**Data e hora:** 17/08/2026 - 12:17:33 (GMT-3)

**1. Canabidiol 100mg/mL, Solução gotas (1un de 30mL)**

Canabidiol (CBD) 100mg/mL

Diluyente: MCT

Tomar 2 gotas pela manhã e 2 gotas à noite



**MEMED** - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Rua Agassiz, numero 55, apto 201

Assinado digitalmente por **Gabriela Mafra de Oliveira - CRM 75313 MG**

Token (Farmácia): **oxydeY** - Código de desbloqueio (Paciente): **9643**

CPS Santa Efigência - Av. Churchill, 36, Santa Efigênia -Belo Horizonte.  
Tel: 4020-4020

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

**Nome:** Gabriela Mafra de Oliveira  
**CRM:** 75313 MG  
**Endereço:** Rua Agassiz, numero 55, apto 201  
**Telefone:** (31) 99224-8713  
**Cidade e UF:** Belo Horizonte - MG

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**DATA:** 17/08/2026 12:17:33 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

---

**ASSINATURA**

Juan Conceição de Lima  
**CPF:** 121.752.357-00  
**Telefone:** (21) 97593-3727  
**Endereço:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Canabidiol 100mg/mL**, Solução gotas (1un de 30mL)

Canabidiol (CBD) 100mg/mL

Diluyente: MCT

Tomar 2 gotas pela manhã e 2 gotas à noite

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

---

DATA

---

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

**Nome:** Gabriela Mafra de Oliveira  
**CRM:** 75313 MG  
**Endereço:** Rua Agassiz, numero 55, apto 201  
**Telefone:** (31) 99224-8713  
**Cidade e UF:** Belo Horizonte - MG

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

**DATA:** 17/08/2026 12:17:33 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

---

**ASSINATURA**

Juan Conceição de Lima  
**CPF:** 121.752.357-00  
**Telefone:** (21) 97593-3727  
**Endereço:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Canabidiol 100mg/mL**, Solução gotas (1un de 30mL)

Canabidiol (CBD) 100mg/mL

Diluyente: MCT

Tomar 2 gotas pela manhã e 2 gotas à noite

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

---

DATA

---

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO