

Dr. Renato de Freitas Barreto

CRM: 12899GO - Neurologista

Nome: MARIA APARECIDA MATEUS DE JESUS

CPF: 876.012.731-72

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 8 gotas a 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): **cbeMDE** - Código de desbloqueio (Paciente): **4007**

Data e hora: 26/06/2026 - 14:15:52 (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: 26/06/2026 14:15:52 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: MARIA APARECIDA MATEUS DE JESUS
CPF: 876.012.731-72
Telefone: (62) 99665-5075
Endereço: RUA 04 - CENTRO, Rianópolis/GO, 76315-000

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 8 gotas a 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: 26/06/2026 14:15:52 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: MARIA APARECIDA MATEUS DE JESUS
CPF: 876.012.731-72
Telefone: (62) 99665-5075
Endereço: RUA 04 - CENTRO, Rianópolis/GO, 76315-000

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 8 gotas a noite.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO