

Nome: Ana Sophia Lopes Rodrigues

CPF: 116.920.605-03

Data e hora: 17/04/2026 - 17:16:26 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E. - 1 FR de 30 mL(1un)

q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 17/04/2026 ao dia 22/04/2026: Tomar 2 gotas após o café da manhã e 3 gotas após a janta (total de 25mg/dia).

Do dia 23/04/2026 ao dia 29/04/2026: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 3 gotas após a janta (total de 30mg/dia).

Do dia 30/04/2026 ao dia 05/05/2026: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 4 gotas após a janta (total de 35mg/dia).

Do dia 06/05/2026 ao dia 12/05/2026: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 4 gotas após a janta (total de 40mg/dia).

Do dia 13/05/2026 ao dia 20/05/2026: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 5 gotas após a janta (total de 45mg/dia).

Do dia 21/05/2026 ao dia 29/05/2026: Tomar 5 gotas após o café da manhã e 5 gotas após a janta (total de 50mg/dia).



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Avenida presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, 2905 - Apartamento 302 - Bloco A

Assinado digitalmente por **Anderson Souza Silva Peres - CRM 36604 RS**

Token (Farmácia): **hgB8X4** - Código de desbloqueio (Paciente): **8584**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Anderson Souza Silva Peres
CRM: 36604 RS
Endereço: Avenida presidente Juscelino
Kubitschek de Oliveira, 2905 -
Apartamento 302 - Bloco A
Telefone: (58) 98134-0281
Cidade e UF: Pelotas - RS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**DATA:** 17/04/2026 17:16:26 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Ana Sophia Lopes Rodrigues

CPF: 116.920.605-03**Endereço:** Rua Piauí - Centro, 370 B, Luis Eduardo Magalhães - BA**Fórmula**

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E. - 1 FR
de 30 mL(1un)

q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 17/04/2026 ao dia 22/04/2026: Tomar 2 gotas após o café da manhã e 3 gotas após a janta
(total de 25mg/dia).

Do dia 23/04/2026 ao dia 29/04/2026: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 3 gotas após a janta
(total de 30mg/dia).

Do dia 30/04/2026 ao dia 05/05/2026: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 4 gotas após a janta
(total de 35mg/dia).

Do dia 06/05/2026 ao dia 12/05/2026: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 4 gotas após a janta
(total de 40mg/dia).

Do dia 13/05/2026 ao dia 20/05/2026: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 5 gotas após a janta
(total de 45mg/dia).

Do dia 21/05/2026 ao dia 29/05/2026: Tomar 5 gotas após o café da manhã e 5 gotas após a janta
(total de 50mg/dia).

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Anderson Souza Silva Peres
CRM: 36604 RS
Endereço: Avenida presidente Juscelino
Kubitschek de Oliveira, 2905 -
Apartamento 302 - Bloco A
Telefone: (58) 98134-0281
Cidade e UF: Pelotas - RS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**DATA:** 17/04/2026 17:16:26 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Ana Sophia Lopes Rodrigues

CPF: 116.920.605-03**Endereço:** Rua Piauí - Centro, 370 B, Luis Eduardo Magalhães - BA**Fórmula**

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E. - 1 FR
de 30 mL(1un)

q.s.p.....30mL

Posologia (como tomar):

Do dia 17/04/2026 ao dia 22/04/2026: Tomar 2 gotas após o café da manhã e 3 gotas após a janta
(total de 25mg/dia).

Do dia 23/04/2026 ao dia 29/04/2026: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 3 gotas após a janta
(total de 30mg/dia).

Do dia 30/04/2026 ao dia 05/05/2026: Tomar 3 gotas após o café da manhã e 4 gotas após a janta
(total de 35mg/dia).

Do dia 06/05/2026 ao dia 12/05/2026: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 4 gotas após a janta
(total de 40mg/dia).

Do dia 13/05/2026 ao dia 20/05/2026: Tomar 4 gotas após o café da manhã e 5 gotas após a janta
(total de 45mg/dia).

Do dia 21/05/2026 ao dia 29/05/2026: Tomar 5 gotas após o café da manhã e 5 gotas após a janta
(total de 50mg/dia).

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO