

Nome: Miguel Coelho Saliba

CPF: 151.354.526-48

Data e hora: 03/02/2026 - 15:11:21 (GMT-3)

1. Fórmula

uso contínuo

Medkaya - Produto de Cannabis 100mg/ml CBD + 10mg/ml CBG sabor natural

10% CBD + Sem THC (broad) + CBG 1% - TCM

Posologia:

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 3 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E JANTAR, SUBLINGUAL. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 15 GOTAS 2 X AO DIA.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Rua João Pio Duarte Silva, 1630

Assinado digitalmente por **Gilberto Vieira Pannunzio - CRM 37320 SC**

Token (Farmácia): **GtMO09** - Código de desbloqueio (Paciente): **3945**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Gilberto Vieira Pannunzio
CRM: 37320 SC
Endereço: Rua João Pio Duarte Silva, 1630
Telefone: (34) 98401-9155
Cidade e UF: Florianópolis - SC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**DATA:** 03/02/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Miguel Coelho Saliba

CPF: 151.354.526-48**Endereço:** AVENIDA, SAO PAULO**Fórmula**

uso contínuo

Medkaya - Produto de Cannabis 100mg/ml CBD + 10mg/ml CBG sabor natural

10% CBD + Sem THC (broad) + CBG 1% - TCM

Posologia:

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 3 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E JANTAR, SUBLINGUAL. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 15 GOTAS 2 X AO DIA.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Gilberto Vieira Pannunzio
CRM: 37320 SC
Endereço: Rua João Pio Duarte Silva, 1630
Telefone: (34) 98401-9155
Cidade e UF: Florianópolis - SC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**DATA:** 03/02/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Miguel Coelho Saliba

CPF: 151.354.526-48**Endereço:** AVENIDA, SAO PAULO**Fórmula**

uso contínuo

Medkaya - Produto de Cannabis 100mg/ml CBD + 10mg/ml CBG sabor natural

10% CBD + Sem THC (broad) + CBG 1% - TCM

Posologia:

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 3 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E JANTAR, SUBLINGUAL. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 15 GOTAS 2 X AO DIA.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO