

Nome: PATRICIA DOS SANTOS BASTOS

CPF: 127.516.338-62

1. Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 10%, Óleo (1un de 30mL) Medkaya

1 embalagem

Canabidiol (CBD) 100mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 10mg/mL + HSO 0%

Tomar 5 gotas pela manhã.

Tomar 25 gotas à noite.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: R. Ipanema, 67

Assinado digitalmente por **Leonardo Viana Fernandes - CRM 278976 SP**

Token (Farmácia): **D2vMSE** - Código de desbloqueio (Paciente): **8639**

Data e hora: 19/06/2026 - 14:11:47 ^(GMT-3)

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Leonardo Viana Fernandes
CRM: 278976 SP
Endereço: R. Ipanema, 67
Telefone: (11) 92171-6060
Cidade e UF: São Paulo - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 19/06/2026 14:11:47 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

PATRICIA DOS SANTOS BASTOS

CPF: 127.516.338-62

Telefone: (11) 98555-2338

Endereço: Rua Bom Pastor, 1426 - Ipiranga, São Paulo/SP, 04203-001

Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 10%, Óleo (1un de 30mL) Medkaya

1 embalagem

Canabidiol (CBD) 100mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 10mg/mL + HSO 0%

Tomar 5 gotas pela manhã.

Tomar 25 gotas à noite.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Leonardo Viana Fernandes
CRM: 278976 SP
Endereço: R. Ipanema, 67
Telefone: (11) 92171-6060
Cidade e UF: São Paulo - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 19/06/2026 14:11:47 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

PATRICIA DOS SANTOS BASTOS

CPF: 127.516.338-62

Telefone: (11) 98555-2338

Endereço: Rua Bom Pastor, 1426 - Ipiranga, São Paulo/SP, 04203-001

Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 10%, Óleo (1un de 30mL) Medkaya

1 embalagem

Canabidiol (CBD) 100mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 10mg/mL + HSO 0%

Tomar 5 gotas pela manhã.

Tomar 25 gotas à noite.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO