

Nome: JOAO MIGUEL CAVALCANTE DE MELO

CPF: 184.769.354-71

Data e hora: 11/06/2026 - 16:23:45 (GMT-3)

1. Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 5%, Óleo (1un de 30mL) Medkaya 1 embalagem
TCM 0% + Canabidiol (CBD) 50mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 7mg/mL

calculo de dispensação: 2 meses 90 ml - sujeito a ajuste de dose - uso continuo

tomar 5 gotas 2 x dias



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Rua Darcilio Vanderley da Nobrega, 331

Assinado digitalmente por **Rafael Eduardo de Assis - CRM 15832 PB**

Token (Farmácia): **v05BPZ** - Código de desbloqueio (Paciente): **9122**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Rafael Eduardo de Assis
CRM: 15832 PB
Endereço: Rua Darcilio Vanderley da Nobrega, 331
Telefone: (83) 2147-3956
Cidade e UF: Patos - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 11/06/2026 16:23:45 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: JOAO MIGUEL CAVALCANTE DE MELO

CPF: 184.769.354-71

Endereço: Rua projetada, Catolé do Rocha

Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 5%, Óleo (1un de 30mL) Medkaya 1 embalagem
TCM 0% + Canabidiol (CBD) 50mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 7mg/mL

calculo de dispensação: 2 meses 90 ml - sujeito a ajuste de dose - uso continuo
tomar 5 gotas 2 x dias

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Rafael Eduardo de Assis
CRM: 15832 PB
Endereço: Rua Darcilio Vanderley da Nobrega, 331
Telefone: (83) 2147-3956
Cidade e UF: Patos - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 11/06/2026 16:23:45 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: JOAO MIGUEL CAVALCANTE DE MELO

CPF: 184.769.354-71

Endereço: Rua projetada, Catolé do Rocha

Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 5%, Óleo (1un de 30mL) Medkaya 1 embalagem
TCM 0% + Canabidiol (CBD) 50mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 7mg/mL

calculo de dispensação: 2 meses 90 ml - sujeito a ajuste de dose - uso continuo
tomar 5 gotas 2 x dias

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO