

Dr. MARCO ANTONIO DA COSTA BORGES

CRO: 54581SP - Generalista

Nome: Marco Antônio da Costa Borges

CPF: 889.173.636-87

Data e hora: 11/08/2026 - 16:06:26 (GMT-3)

1. Fórmula

1 frasco

MEDKAYA rico em canabinóide CBD 5% + THC <

0,2% + TCM

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

Iniciar tratamento com 5 gotas pela manhã e 5 gotas à noite e vai aumentando 2 gotas ao dia ate atingir o resultado desejado.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Avenida Mathias Dias de Toledo, 195

Assinado digitalmente por **MARCO ANTONIO DA COSTA BORGES - CRO 54581 SP**

Token (Farmácia): **mhHXXo** - Código de desbloqueio (Paciente): **3315**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: MARCO ANTONIO DA COSTA BORGES
CRO: 54581 SP
Endereço: Avenida Mathias Dias de Toledo, 195
Telefone: (16) 98162-9162
Cidade e UF: Matão - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 11/08/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Marco Antônio da Costa Borges

CPF: 889.173.636-87

Telefone: (16) 98162-9162

Endereço: Rua Persi Mantovani, Matão

Fórmula

1 frasco

MEDKAYA rico em canabinóide CBD 5% + THC <
0,2% + TCM

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

Iniciar tratamento com 5 gotas pela manhã e 5 gotas à noite e vai aumentando 2 gotas ao dia ate atingir o resultado desejado.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: MARCO ANTONIO DA COSTA BORGES
CRO: 54581 SP
Endereço: Avenida Mathias Dias de Toledo, 195
Telefone: (16) 98162-9162
Cidade e UF: Matão - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 11/08/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Marco Antônio da Costa Borges

CPF: 889.173.636-87

Telefone: (16) 98162-9162

Endereço: Rua Persi Mantovani, Matão

Fórmula

1 frasco

MEDKAYA rico em canabinóide CBD 5% + THC <
0,2% + TCM

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

Iniciar tratamento com 5 gotas pela manhã e 5 gotas à noite e vai aumentando 2 gotas ao dia ate atingir o resultado desejado.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO