

Nome: Vera Lúcia pannunzio Ribeiro

CPF: 106.229.488-22

Data e hora: 27/01/2026 - 17:47:50 (GMT-3)

1. Fórmula

uso contínuo

Produto de Cannabis MedKaya

Extrato rico em Canabinóides CBD.....4%

+ CBG 4% + THC < 0,2% + TCM

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 5 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E FINAL DA TARDE, SUBLINGUAL. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 20 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): **jjC502** - Código de desbloqueio (Paciente): **9273**

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:** 27/01/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Vera Lúcia pannunzio Ribeiro

CPF: 106.229.488-22**Endereço:** AVENIDA, SOROCABA - SP**Fórmula**

uso contínuo

Produto de Cannabis MedKaya
Extrato rico em Canabinóides CBD.....4%
+ CBG 4% + THC < 0,2% + TCM
Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 5 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E FINAL DA TARDE, SUBLINGUAL. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 20 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:** 27/01/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Vera Lúcia pannunzio Ribeiro

CPF: 106.229.488-22**Endereço:** AVENIDA, SOROCABA - SP**Fórmula**

uso contínuo

Produto de Cannabis MedKaya
Extrato rico em Canabinóides CBD.....4%
+ CBG 4% + THC < 0,2% + TCM
Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 5 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E FINAL DA TARDE, SUBLINGUAL. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 20 GOTAS 2 X AO DIA.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO