

Dr. Renato de Freitas Barreto

CRM: 12899GO - Neurologista

Nome: MARCO ANTONIO SANTOS

CPF: 053.639.411-39

1. MedKaya CBD+CBG Broad Spectrum 10% - Sabor Morango, Óleo (1un de 30mL) ... 2 embalagens

TCM 0% + Canabidiol (CBD) 100mg/mL + Canabigerol (CBG) 10mg/mL

Tomar 0.4ml (12 gotas) 2x dia.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Av. Goiás, 903 - Centro

Assinado digitalmente por **Renato de Freitas Barreto - CRM 12899 GO**

Token (Farmácia): **3QHO37** - Código de desbloqueio (Paciente): **4698**

Data e hora: 21/07/2026 - 09:50:18 (GMT-3)

Dr. Renato de Freitas Barreto

CRM: 12899GO - Neurologista

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Renato de Freitas Barreto
CRM: 12899 GO
Endereço: Av. Goiás, 903 - Centro
Telefone: (62) 3307-2325
Cidade e UF: Ceres - GO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 21/07/2026 09:50:18 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: MARCO ANTONIO SANTOS
CPF: 053.639.411-39
Telefone: (62) 99403-7363
Endereço: Avenida Goiás - Vila Cruzeiro, Ceres/GO, 76300-094

MedKaya CBD+CBG Broad Spectrum 10% - Sabor Morango, Óleo (1un de 30mL) 2 embalagens
TCM 0% + Canabidiol (CBD) 100mg/mL + Canabigerol (CBG) 10mg/mL

Tomar 0.4ml (12 gotas) 2x dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Dr. Renato de Freitas Barreto

CRM: 12899GO - Neurologista

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Renato de Freitas Barreto
CRM: 12899 GO
Endereço: Av. Goiás, 903 - Centro
Telefone: (62) 3307-2325
Cidade e UF: Ceres - GO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 21/07/2026 09:50:18 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: MARCO ANTONIO SANTOS

CPF: 053.639.411-39

Telefone: (62) 99403-7363

Endereço: Avenida Goiás - Vila Cruzeiro, Ceres/GO, 76300-094

MedKaya CBD+CBG Broad Spectrum 10% - Sabor Morango, Óleo (1un de 30mL) 2 embalagens
TCM 0% + Canabidiol (CBD) 100mg/mL + Canabigerol (CBG) 10mg/mL

Tomar 0.4ml (12 gotas) 2x dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO