

Nome: Cecília Vitalino de Souza

CPF: 588.955.338-01

Data e hora: 30/06/2026 - 20:51:06 (GMT-3)

1. Fórmula

3 embalagens

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E - 1 FR de 30 mL(1un)

Óleo q.s.p.....30mL

Tomar 20 gotas após o café da manhã e 20 gotas no horário da janta.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Avenida presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, 2905 - Apartamento 302 - Bloco A

Assinado digitalmente por **Anderson Souza Silva Peres - CRM 36604 RS**

Token (Farmácia): **mbMwYm** - Código de desbloqueio (Paciente): **4855**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Anderson Souza Silva Peres
CRM: 36604 RS
Endereço: Avenida presidente Juscelino
Kubitschek de Oliveira, 2905 -
Apartamento 302 - Bloco A
Telefone: (58) 98134-0281
Cidade e UF: Pelotas - RS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 30/06/2026 20:51:06 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Cecília Vitalino de Souza

CPF: 588.955.338-01

Endereço: Rua Anjicos Júnior - Bairro Jardim Ferrão, 2, Guarulhos - SP

Fórmula

3 embalagens

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E - 1 FR
de 30 mL(1un)

Óleo q.s.p.....30mL

Tomar 20 gotas após o café da manhã e 20 gotas no horário da janta.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Anderson Souza Silva Peres
CRM: 36604 RS
Endereço: Avenida presidente Juscelino
Kubitschek de Oliveira, 2905 -
Apartamento 302 - Bloco A
Telefone: (58) 98134-0281
Cidade e UF: Pelotas - RS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 30/06/2026 20:51:06 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Cecília Vitalino de Souza

CPF: 588.955.338-01

Endereço: Rua Anjicos Júnior - Bairro Jardim Ferrão, 2, Guarulhos - SP

Fórmula

3 embalagens

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E - 1 FR
de 30 mL(1un)

Óleo q.s.p.....30mL

Tomar 20 gotas após o café da manhã e 20 gotas no horário da janta.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO