

Nome: Rafaela Bock

CPF: 088.218.439-39

Data e hora: 24/04/2026 - 12:22:32 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya
Goma rica em CBD 10% + THC 1 %
fullspectrum
30 gomas / frasco

Uso oral:

Comer meia goma de 12/12h se crise de enxaqueca

Dose para dispensação: até 1 goma ao dia



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code
Endereço: R Eurico Hosterno
Assinado digitalmente por **Rafaela Bock - CRM 28858 SC**
Token (Farmácia): **yd3Bft** - Código de desbloqueio (Paciente): **6401**

Rua Eurico Hosterno, 300 - Florianópolis

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Rafaela Bock
CRM: 28858 SC
Endereço: R Eurico Hosterno
Telefone: (48) 3024-2929
Cidade e UF: Florianópolis - SC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 24/04/2026 12:22:32 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Rafaela Bock
CPF: 088.218.439-39
Endereço: Rodovia Amaro Antônio Vieira, Florianópolis

Fórmula

Produto de Cannabis Medkaya
Goma rica em CBD 10% + THC 1 %
fullspectrum
30 gomas / frasco

1 embalagem

Uso oral:
Comer meia goma de 12/12h se crise de enxaqueca
Dose para dispensação: até 1 goma ao dia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO



Dra. Rafaela Bock
MÉDICA DE FAMÍLIA

Clínica Tempo - Saco Grande, Florianópolis
Vitaclass - Santa Mônica, Florianópolis
doctoralia.com.br/rafaela-bock
doutorabock@gmail.com

CRM-SC: 28858
RQE: 20066

Agendamentos:
(48) 3211-0890

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Rafaela Bock
CRM: 28858 SC
Endereço: R Eurico Hosterno
Telefone: (48) 3024-2929
Cidade e UF: Florianópolis - SC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 24/04/2026 12:22:32 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: Rafaela Bock
CPF: 088.218.439-39
Endereço: Rodovia Amaro Antônio Vieira, Florianópolis

Fórmula

Produto de Cannabis Medkaya
Goma rica em CBD 10% + THC 1 %
fullspectrum
30 gomas / frasco

1 embalagem

Uso oral:
Comer meia goma de 12/12h se crise de enxaqueca
Dose para dispensação: até 1 goma ao dia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Rua Eurico Hosterno, 300 - Florianópolis