

Nome: Theo Leite da Silva

CPF: 153.316.739-70

Data e hora: 07/04/2026 - 08:19:07 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E.
Óleo q.s.p.....30mL

Tomar 2 gotas após o café da manhã e 2 gotas no horário da janta (total aproximado de 20mg/dia);



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): **Z3J30D** - Código de desbloqueio (Paciente): **5147**

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: 07/04/2026 08:19:07 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Theo Leite da Silva

CPF: 153.316.739-70

Endereço: Rua Sebastião Alves Ferreira, 2911, Curitiba

Fórmula

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E.

Óleo q.s.p.....30mL

Tomar 2 gotas após o café da manhã e 2 gotas no horário da janta (total aproximado de 20mg/dia);

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: 07/04/2026 08:19:07 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Theo Leite da Silva

CPF: 153.316.739-70

Endereço: Rua Sebastião Alves Ferreira, 2911, Curitiba

Fórmula

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 20% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E.

Óleo q.s.p.....30mL

Tomar 2 gotas após o café da manhã e 2 gotas no horário da janta (total aproximado de 20mg/dia);

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO