

Nome: Cassia Filomena Rocha Lopes

CPF: 275.353.518-32

Data e hora: 10/04/2026 - 09:43:47 (GMT-3)

1. Fórmula

4 frascos

TCM+ + CBD 200mg/mL + THC

20% CBD + < 0,2% THC (full) + CBG 2% (Produto de Cannabis) - MEDKAYA

Posologia para dispensação

120mL em 60 dias = 4 frascos

Posologia para paciente

Tomar 10 gotas 3x ao dia

Sujeito a ajuste de dose



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code
Endereço: R. Salém Bechara 140 sala 515
Assinado digitalmente por **Roselene Moura - CRM 67751 SP**
Token (Farmácia): **VFtkLR** - Código de desbloqueio (Paciente): **5582**

Agende a sua próxima visita na www.doctoralia.com.br

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Roselene Moura
CRM: 67751 SP
Endereço: R. Salém Bechara 140 sala 515
Telefone: (11) 3699-1695
Cidade e UF: Osasco - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 10/04/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

Paciente: Cassia Filomena Rocha Lopes
CPF: 275.353.518-32
Endereço: Rua Padre Manoel da Nóbrega, 479, Araras

ASSINATURA**Fórmula**

4 frascos

TCM+ + CBD 200mg/mL + THC

20% CBD + < 0,2% THC (full) + CBG 2% (Produto de Cannabis) - MEDKAYA

Posologia para dispensação
120mL em 60 dias = 4 frascos
Posologia para paciente
Tomar 10 gotas 3x ao dia

Sujeito a ajuste de dose

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Roselene Moura
CRM: 67751 SP
Endereço: R. Salém Bechara 140 sala 515
Telefone: (11) 3699-1695
Cidade e UF: Osasco - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 10/04/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

Paciente: Cassia Filomena Rocha Lopes
CPF: 275.353.518-32
Endereço: Rua Padre Manoel da Nóbrega, 479, Araras

ASSINATURA**Fórmula**

4 frascos

TCM+ + CBD 200mg/mL + THC

20% CBD + < 0,2% THC (full) + CBG 2% (Produto de Cannabis) - MEDKAYA

Posologia para dispensação
120mL em 60 dias = 4 frascos
Posologia para paciente
Tomar 10 gotas 3x ao dia

Sujeito a ajuste de dose

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO