

Nome: APOLO SANTOS PEREIRA SOBRINHO

CPF: Não há CPF cadastrado

Data e hora: 10/02/2026 - 15:36:24 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

Medkaya - Produto de Cannabis Broadpectrum CBG 100mg/mL - TCM

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 3 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E O ALMOÇO. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 10 GOTAS 2 X AO DIA.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Rua João Pio Duarte Silva, 1630

Assinado digitalmente por **Gilberto Vieira Pannunzio - CRM 37320 SC**

Token (Farmácia): **80q3wL** - Código de desbloqueio (Paciente): **8705**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Gilberto Vieira Pannunzio
CRM: 37320 SC
Endereço: Rua João Pio Duarte Silva, 1630
Telefone: (34) 98401-9155
Cidade e UF: Florianópolis - SC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**DATA:** 10/02/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

APOLO SANTOS PEREIRA SOBRINHO

CPF: Não há CPF cadastrado**Endereço:** RUA ASSEMBLÉIA, DUQUE DE CAXIAS - RJ**Fórmula**

1 embalagem

Medkaya - Produto de Cannabis Broadpectrum CBG 100mg/mL - TCM

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 3 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E O ALMOÇO. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 10 GOTAS 2 X AO DIA.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Gilberto Vieira Pannunzio
CRM: 37320 SC
Endereço: Rua João Pio Duarte Silva, 1630
Telefone: (34) 98401-9155
Cidade e UF: Florianópolis - SC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**DATA:** 10/02/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

APOLO SANTOS PEREIRA SOBRINHO

CPF: Não há CPF cadastrado**Endereço:** RUA ASSEMBLÉIA, DUQUE DE CAXIAS - RJ**Fórmula**

1 embalagem

Medkaya - Produto de Cannabis Broadpectrum CBG 100mg/mL - TCM

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 3 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E O ALMOÇO. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 10 GOTAS 2 X AO DIA.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO