

**Nome:** Gilberto Vieira Pannunzio

**CPF:** 103.959.126-44

**Data e hora:** 12/01/2026 - 20:12:09 (GMT-3)

## 1. Fórmula

uso contínuo

Medkaya - Produto de Cannabis 200mg/ml CBD + 20mg/ml CBG + sabor morango 20% CBD + Sem THC (broad) + CBG  
2% - TCM

Posologia:

Óleo q.s.p.....30mL

TOMAR 40 GOTAS 2 VEZES 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): **LQaBTv** - Código de desbloqueio (Paciente): **8587**

**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:** 12/01/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

---

**ASSINATURA**

Gilberto Vieira Pannunzio

**CPF:** 103.959.126-44**Endereço:** Rua Josefa de Miranda Freire, João Pessoa**Fórmula**

uso contínuo

Medkaya - Produto de Cannabis 200mg/ml CBD + 20mg/ml CBG + sabor morango 20% CBD + Sem THC  
(broad) + CBG 2% - TCM

Posologia:

Óleo q.s.p.....30mL

TOMAR 40 GOTAS 2 VEZES 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:** 12/01/2026

1a. via farmácia

2a. via paciente

---

**ASSINATURA**

Gilberto Vieira Pannunzio

**CPF:** 103.959.126-44**Endereço:** Rua Josefa de Miranda Freire, João Pessoa**Fórmula**

uso contínuo

Medkaya - Produto de Cannabis 200mg/ml CBD + 20mg/ml CBG + sabor morango 20% CBD + Sem THC  
(broad) + CBG 2% - TCM

Posologia:

Óleo q.s.p.....30mL

TOMAR 40 GOTAS 2 VEZES AO DIA.

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

---

DATA

---

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO