

Nome: Murilo Dias Lima

CPF: 186.137.286-85

Data e hora: 12/01/2026 - 17:04:49 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 4% + CBG 4% + THC < 0,2% + TCM + Vit. E - 1 FR de 30 mL(1un)

Posologia (como tomar):

Tomar 5 gotas após o almoço, diarimante.



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): **NALHH1** - Código de desbloqueio (Paciente): **9700**

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: 12/01/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Murilo Dias Lima
CPF: 186.137.286-85
Endereço: ALAMEDA DOS CINES,402, CABRAL, CONTAGEM/MG

Fórmula

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 4% + CBG 4% + THC < 0,2% + TCM + Vit.
E - 1 FR
de 30 mL(1un)

Posologia (como tomar):

Tomar 5 gotas após o almoço, diarimante.

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: 12/01/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Murilo Dias Lima
CPF: 186.137.286-85
Endereço: ALAMEDA DOS CINES,402, CABRAL, CONTAGEM/MG

Fórmula

1 embalagem

Produto de Cannabis Medkaya - Extrato rico em Canabinóides CBD 4% + CBG 4% + THC < 0,2% + TCM + Vit.
E - 1 FR
de 30 mL(1un)

Posologia (como tomar):

Tomar 5 gotas após o almoço, diarimante.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO