

Nome: BIANCA DA SILVA GUANHA

CPF: 430.355.968-75

Data e hora: 10/04/2026 - 16:40:06 (GMT-3)

1. Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 20%, Óleo (1un de 30mL) Medkaya __ uso contínuo

Canabidiol (CBD) 200mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 20mg/mL + HSO 0%

1 FRASCO/45 DIAS

TOMAR 0,25ML 3 VEZES AO DIA



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: RUA TEXAS, 254

Assinado digitalmente por **Nana - Ana Paula Nana Pereira Martingo Delbaje - CRM 129964 SP**

Token (Farmácia): **pAQqaf** - Código de desbloqueio (Paciente): **9552**

Rua Texas, 254, Jardim America, Sorocaba/SP
Tel (15) 991086423

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Nana - Ana Paula Nana Pereira Martingo Delbaje
CRM: 129964 SP
Endereço: RUA TEXAS, 254
Telefone: (15) 3042-2012
Cidade e UF: Sorocaba - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 10/04/2026 16:40:06 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: BIANCA DA SILVA GUANHA
CPF: 430.355.968-75
Endereço: Rua Joaquim de Carvalho Gil, 1591, SOROCABA

Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 20%, Óleo (1un de 30mL) Medkaya _____ uso contínuo
Canabidiol (CBD) 200mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 20mg/mL + HSO 0%

1 FRASCO/45 DIAS
TOMAR 0,25ML 3 VEZES AO DIA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Rua Texas, 254, Jardim America, Sorocaba/SP
Tel (15) 991086423

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Nana - Ana Paula Nana Pereira Martingo Delbaje
CRM: 129964 SP
Endereço: RUA TEXAS, 254
Telefone: (15) 3042-2012
Cidade e UF: Sorocaba - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 10/04/2026 16:40:06 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: BIANCA DA SILVA GUANHA
CPF: 430.355.968-75
Endereço: Rua Joaquim de Carvalho Gil, 1591, SOROCABA

Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 20%, Óleo (1un de 30mL) Medkaya _____ uso contínuo
Canabidiol (CBD) 200mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 20mg/mL + HSO 0%

1 FRASCO/45 DIAS
TOMAR 0,25ML 3 VEZES AO DIA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Rua Texas, 254, Jardim America, Sorocaba/SP
Tel (15) 991086423