

Nome: Maria da Conceição Pimenta

CPF: 043.609.248-44

Data e hora: 15/07/2026 - 18:49:18 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

MEDKAYA - PRODUTO DE CANNABIS CBD 50MG/ML + THC < 2MG/ML + CBG 5MG/ML
Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 3 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E O JANTAR. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 15 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): **8ZjXRM** - Código de desbloqueio (Paciente): **3624**

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:** 15/07/2026 18:49:18 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Maria da Conceição Pimenta

CPF: 043.609.248-44**Telefone:** (21) 99581-2525**Endereço:** AVENIDA, SAQUAREMA - RJ**Fórmula**

1 embalagem

MEDKAYA - PRODUTO DE CANNABIS CBD 50MG/ML + THC < 2MG/ML + CBG 5MG/ML

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 3 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E O JANTAR. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 15 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:** 15/07/2026 18:49:18 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Maria da Conceição Pimenta

CPF: 043.609.248-44**Telefone:** (21) 99581-2525**Endereço:** AVENIDA, SAQUAREMA - RJ**Fórmula**

1 embalagem

MEDKAYA - PRODUTO DE CANNABIS CBD 50MG/ML + THC < 2MG/ML + CBG 5MG/ML

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 3 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E O JANTAR. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 15 GOTAS 2 X AO DIA.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO