

Nome: June Pereira de Mello

CPF: 359.116.037-72

Data e hora: 15/07/2026 - 16:12:18 (GMT-3)

1. Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 10%, Óleo (1un de 30mL) Medkaya 1 embalagem
Canabidiol (CBD) 100mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 10mg/mL + HSO 0%

Tomar 5 gotas 2x.dia



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Avenida nossa senhora de Copacabana, 583/804

Assinado digitalmente por **Vítor Fernandes Pereira - CRM 52012 MG**

Token (Farmácia): **RnB30z** - Código de desbloqueio (Paciente): **1165**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Vítor Fernandes Pereira
CRM: 52012 MG
Endereço: Avenida nossa senhora de Copacabana,
583/804
Telefone: (21) 97093-7852
Cidade e UF: Rio de Janeiro - RJ

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**DATA:** 15/07/2026 16:12:18 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA**Paciente:** June Pereira de Mello**CPF:** 359.116.037-72**Telefone:** (21) 99770-0033**Endereço:** Rua Sambaíba, 370 - Leblon, Rio de Janeiro/RJ, 22450-140

Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 10%, Óleo (1un de 30mL) Medkaya 1 embalagem
Canabidiol (CBD) 100mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 10mg/mL + HSO 0%

Tomar 5 gotas 2x.dia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Vítor Fernandes Pereira
CRM: 52012 MG
Endereço: Avenida nossa senhora de Copacabana,
583/804
Telefone: (21) 97093-7852
Cidade e UF: Rio de Janeiro - RJ

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**DATA:** 15/07/2026 16:12:18 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA**Paciente:** June Pereira de Mello**CPF:** 359.116.037-72**Telefone:** (21) 99770-0033**Endereço:** Rua Sambaíba, 370 - Leblon, Rio de Janeiro/RJ, 22450-140

Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 10%, Óleo (1un de 30mL) Medkaya 1 embalagem
Canabidiol (CBD) 100mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 10mg/mL + HSO 0%

Tomar 5 gotas 2x.dia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO