

Dra. Marina Leite Ianelli

CRM: 207506SP



Nome: Laura Garutti

CPF: 461.055.038-57

Data e hora: 09/02/2026 - 20:31:31 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

Medkaya - Produto de Cannabis Óleo FullSpectrum 10% + THC

Solução gotas q.s.p.....1%/mL

Tomar 02 gotas, sublingual, após café da manhã e após jantar, por 3 dias.

Após tomar 03 gotas, sublingual, após café da manhã e após jantar.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Avenida Castro Alves

Assinado digitalmente por **Marina Leite Ianelli - CRM 207506 SP**

Token (Farmácia): **pco0Ad** - Código de desbloqueio (Paciente): **9580**

Dra. Marina Leite Ianelli

CRM: 207506SP



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Marina Leite Ianelli
CRM: 207506 SP
Endereço: Avenida Castro Alves
Telefone: (12) 99247-3443
Cidade e UF: Ubatuba - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 09/02/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Laura Garutti
CPF: 461.055.038-57
Endereço: Rua Estados Unidos, 49, Ubatuba

Fórmula

Medkaya - Produto de Cannabis Óleo FullSpectrum 10% + THC
Solução gotas q.s.p..... 1%/mL

1 embalagem

Tomar 02 gotas, sublingual, após café da manhã e após jantar, por 3 dias.
Após tomar 03 gotas, sublingual, após café da manhã e após jantar.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Dra. Marina Leite Ianelli

CRM: 207506SP



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Marina Leite Ianelli
CRM: 207506 SP
Endereço: Avenida Castro Alves
Telefone: (12) 99247-3443
Cidade e UF: Ubatuba - SP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 09/02/2026
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Laura Garutti
CPF: 461.055.038-57
Endereço: Rua Estados Unidos, 49, Ubatuba

Fórmula

Medkaya - Produto de Cannabis Óleo FullSpectrum 10% + THC
Solução gotas q.s.p..... 1%/mL

1 embalagem

Tomar 02 gotas, sublingual, após café da manhã e após jantar, por 3 dias.
Após tomar 03 gotas, sublingual, após café da manhã e após jantar.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO