

Dr. Renato de Freitas Barreto

CRM: 12899GO - Neurologista

Nome: MARCIA AUXILIADORA DA SILVA DE OLIVEIRA

CPF: 858.074.431-87

1. Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 5%, Óleo (1un de 30mL) 1 embalagem
Canabidiol (CBD) 50mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 7mg/mL + HSO 0%

Tomar 10 gotas a noite.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Av. Goiás, 903 - Centro

Assinado digitalmente por **Renato de Freitas Barreto - CRM 12899 GO**

Token (Farmácia): **4bygNe** - Código de desbloqueio (Paciente): **0555**

Data e hora: 20/04/2026 - 11:41:18 (GMT-3)

Dr. Renato de Freitas Barreto

CRM: 12899GO - Neurologista

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Renato de Freitas Barreto
CRM: 12899 GO
Endereço: Av. Goiás, 903 - Centro
Telefone: (62) 3307-2325
Cidade e UF: Ceres - GO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 20/04/2026 11:41:18 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: MARCIA AUXILIADORA DA SILVA DE OLIVEIRA
CPF: 858.074.431-87
Endereço: Avenida Vivalle Goianésia, Goianésia

Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 5%, Óleo (1un de 30mL) 1 embalagem
Canabidiol (CBD) 50mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 7mg/mL + HSO 0%
Tomar 10 gotas a noite.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Dr. Renato de Freitas Barreto

CRM: 12899GO - Neurologista

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Renato de Freitas Barreto
CRM: 12899 GO
Endereço: Av. Goiás, 903 - Centro
Telefone: (62) 3307-2325
Cidade e UF: Ceres - GO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 20/04/2026 11:41:18 (GMT-3)
1a. via farmácia
2a. via paciente

ASSINATURA

Paciente: MARCIA AUXILIADORA DA SILVA DE OLIVEIRA
CPF: 858.074.431-87
Endereço: Avenida Vivalle Goianésia, Goianésia

Medkaya CBD+THC+CBG Full Spectrum 5%, Óleo (1un de 30mL) 1 embalagem
Canabidiol (CBD) 50mg/mL + Tetrahydrocannabinol (THC) 2mg/mL + Canabigerol (CBG) 7mg/mL + HSO 0%
Tomar 10 gotas a noite.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO