

Nome: Elisangela Cardoso Alves

CPF: 256.074.968-80

Data e hora: 26/02/2026 - 09:06:22 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

Medkaya - Produto de Cannabis 50mg/ml CBD + 5mg/ml CBG +
5% CBD + Sem THC (broad) + CBG 0,5% - TCM

Posologia:

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 1 GOTA APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E O JANTAR, SUBLINGUAL. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 12 GOTAS 2 VEZES 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): **ZtJ1Bm** - Código de desbloqueio (Paciente): **9896**

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: 26/02/2026 09:06:22 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Elisangela Cardoso Alves

CPF: 256.074.968-80

Endereço: Não há endereço cadastrado

Fórmula

1 embalagem

Medkaya - Produto de Cannabis 50mg/ml CBD + 5mg/ml CBG +

5% CBD + Sem THC (broad) + CBG 0,5% - TCM

Posologia:

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 1 GOTA APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E O JANTAR, SUBLINGUAL. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 12 GOTAS 2 VEZES 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: 26/02/2026 09:06:22 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Elisangela Cardoso Alves

CPF: 256.074.968-80

Endereço: Não há endereço cadastrado

Fórmula

1 embalagem

Medkaya - Produto de Cannabis 50mg/ml CBD + 5mg/ml CBG +

5% CBD + Sem THC (broad) + CBG 0,5% - TCM

Posologia:

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 1 GOTA APÓS O CAFÉ DA MANHÃ E O JANTAR, SUBLINGUAL. AUMENTAR 1 GOTA A CADA 3 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 12 GOTAS 2 VEZES AO DIA.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO