

DR. PEDRO PEREIRA FORTES DA SILVA

■ ■ ■

Psiquiatra

CRM 5299661-0 | RQE 30591

Nome: Marcia Nacache Calil

CPF: 841.822.967-53

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

Tomar 4 gts a noite.



MEMED - Acesso à sua receita digital via QR Code

Endereço: Rua Visconde de Pirajá 550

Assinado digitalmente por **Pedro Pereira Fortes da Silva - CRM 52996610 RJ**

Token (Farmácia): **6z dqHN** - Código de desbloqueio (Paciente): **0087**

Data e hora: 27/04/2026 - 21:49:44 (GMT-3)

Rua Visconde de Pirajá, 550, sala: 1406 - Ipanema - Rio de Janeiro

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Pedro Pereira Fortes da Silva
CRM: 52996610 RJ
Endereço: Rua Visconde de Pirajá 550
Telefone: (21) 99996-3871
Cidade e UF: Rio de Janeiro - RJ

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 27/04/2026 21:49:44 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Marcia Nacache Calil

CPF: 841.822.967-53

Endereço: Ra Senador Simonsen, 117, Rio de Janeiro

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

Tomar 4 gts a noite.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Pedro Pereira Fortes da Silva
CRM: 52996610 RJ
Endereço: Rua Visconde de Pirajá 550
Telefone: (21) 99996-3871
Cidade e UF: Rio de Janeiro - RJ

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

DATA: 27/04/2026 21:49:44 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Marcia Nacache Calil

CPF: 841.822.967-53

Endereço: Ra Senador Simonsen, 117, Rio de Janeiro

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

Tomar 4 gts a noite.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO