

Nome: Vanessa Lota de Souza

CPF: 072.202.057-08

Data e hora: 23/07/2026 - 16:31:07 (GMT-3)

1. Fórmula

1 embalagem

Medkaya - Produto de Cannabis 100mg/ml CBD + 10mg/ml CBG + 10% CBD + Sem THC (broad) + CBG 1% - TCM
Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 5 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ. AUMENTAR 5 GOTAS A CADA 5 DIAS, SE
NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 20 2 X 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): **sdYDz4** - Código de desbloqueio (Paciente): **1139**

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:** 23/07/2026 16:31:07 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Vanessa Lota de Souza

CPF: 072.202.057-08**Telefone:** (21) 98353-5333**Endereço:** AVENIDA, RIO DE JANEIRO**Fórmula**

1 embalagem

Medkaya - Produto de Cannabis 100mg/ml CBD + 10mg/ml CBG + 10% CBD + Sem THC (broad) + CBG 1% - TCM

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 5 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ. AUMENTAR 5 GOTAS A CADA 5 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 20 2 X 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:** 23/07/2026 16:31:07 (GMT-3)

1a. via farmácia

2a. via paciente

ASSINATURA

Vanessa Lota de Souza

CPF: 072.202.057-08**Telefone:** (21) 98353-5333**Endereço:** AVENIDA, RIO DE JANEIRO**Fórmula**

1 embalagem

Medkaya - Produto de Cannabis 100mg/ml CBD + 10mg/ml CBG + 10% CBD + Sem THC (broad) + CBG 1% - TCM

Óleo q.s.p.....30mL

INICIAR COM 5 GOTAS APÓS O CAFÉ DA MANHÃ. AUMENTAR 5 GOTAS A CADA 5 DIAS, SE NECESSÁRIO. DOSE MÁXIMA ATÉ A PRÓXIMA CONSULTA: 20 2 X AO DIA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO