

RECEITUÁRIO SIMPLES

VIA DIGITAL
VALIDAR EM:
<https://assinaturadigital.it.gov.br>

PACIENTE: _____

PRESCRIÇÃO:

Large empty area for the prescription text.

NOME DO(A) MÉDICO(A): _____ CRM: _____ UF: _____

LOCAL DE ATENDIMENTO: _____ CNES: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ UF: _____ TELEFONE: _____

DATA DE EMISSÃO: _____

Empty box for the doctor's signature.

ASSINATURA MÉDICO(A)