

RECEITUÁRIO SIMPLES

VIA DIGITAL

VALIDAR EM:

<https://assinaturadigital.it.gov.br>

PACIENTE:

PRESCRIÇÃO:

NOME DO(A) MÉDICO(A):

CRM:

UF:

LOCAL DE ATENDIMENTO:

CNES:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

DATA DE EMISSÃO:

ASSINATURA MÉDICO(A)