

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)



CamScanner