



# Receituário Simples

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

PACIENTE: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO:

Large empty rectangular 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 rectangular box for the doctor's signature.

ASSINATURA MÉDICO(A)



(21) 9880-27129



@gf.pediatra

