



RECEITUÁRIO SIMPLES

PACIENTE: _____

PRESCRIÇÃO:

Área reservada para a prescrição médica, atualmente em branco.

NOME DO(A) CIRURGIÃO DENTISTA: _____ INSCRIÇÃO: _____ UF: _____

LOCAL DE ATENDIMENTO: _____ CNES: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ UF: _____ TELEFONE: _____

DATA DE EMISSÃO: _____

Área reservada para a assinatura do cirurgião-dentista.

ASSINATURA DA(O) CIRURGIÃ(ÃO)-DENTISTA