

24



Prefeitura Municipal de Cachoeira de Minas

Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: _____

USO CONTÍNUO

Gráfica Propapel Digital (35) 3422-3552 Cód. 0709

Data: ____ / ____ / ____ _____
Assinatura e Carimbo com CRM do Médico Responsável