

## Receita Médica

Paciente: [Nome do Paciente]

Data: [Data da Prescrição]

### Medicamento 1:

Nome Genérico: [Nome Genérico do Medicamento 1]

Dosagem: [Dosagem Recomendada, por exemplo, 500 mg]

Via de Administração: [Oral, Injetável, Tópica, etc.]

Frequência: [Quantas vezes ao dia, por exemplo, 2 vezes ao dia]

Duração do Tratamento: [Número de dias ou semanas]

### Medicamento 2:

Nome Genérico: [Nome Genérico do Medicamento 2]

Dosagem: [Dosagem Recomendada, por exemplo, 10 mg/ml]

Via de Administração: [Oral, Injetável, Tópica, etc.]

Frequência: [Quantas vezes ao dia, por exemplo, 1 vez ao dia]

Duração do Tratamento: [Número de dias ou semanas]

### Medicamento 3:

Nome Genérico: [Nome Genérico do Medicamento 3]

Dosagem: [Dosagem Recomendada, por exemplo, 50 mcg]

Via de Administração: [Oral, Injetável, Tópica, etc.]

Frequência: [Quantas vezes ao dia, por exemplo, 3 vezes ao dia]

Duração do Tratamento: [Número de dias ou semanas]

### Medicamento 4:

Nome Genérico: [Nome Genérico do Medicamento 4]

Dosagem: [Dosagem Recomendada, por exemplo, 75 mg]

Via de Administração: [Oral, Injetável, Tópica, etc.]

Frequência: [Quantas vezes ao dia, por exemplo, 1 vez ao dia]

Duração do Tratamento: [Número de dias ou semanas]