



Receita Médica Nº: :CodigoReceita

Utente: :pac_nome
Telefone: :pac_telefone
Entidade responsável: :clinica
Nº do Beneficiário: :pac_codigo

Médico/Profissional: :med_nome
Especialidade: :med_especialidade
Contato: :med_contato

1) :remed_1

Posologia: :remed_1_pos

2) :remed_2

Posologia: :remed_2_pos

3) :remed_3

Posologia: :remed_3_pos

4) :remed_4

Posologia: :remed_4_pos

5) :remed_5

Posologia: :remed_5_pos

6) :remed_6

Posologia: :remed_6_pos

Data: :data Validade: :val_dias
Assinatura do Médico/Profissional Prescritor:

.....

(1)(2)(3)(4) Autorizo o fornecimento ou a dispensa do medicamento genérico.

(1)(2)(3)(4) Não Autorizo o fornecimento ou a dispensa do medicamento genérico.