



RECEITUÁRIO SIMPLES

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

PACIENTE:					
PRESCRIÇÃO:					
PRESCRIÇÃO:					
NOME DO(A) CIRURGIÃO DENTISTA	\ :			INSCRIÇÃO:	UF:
LOCAL DE ATENDIMENTO:				CNES	
ENDEREÇO:			BAIRRO:		
CIDADE:		UF:	TELEFONE:		
DATA DE EMISSÃO:					

ASSINATURA DA(O) CIRURGIÃ(ÃO)-DENTISTA