



RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: _____

Documento: _____

Endereço: _____

Data: _____

Prescrição / Orientações

Assinatura Digital: _____

Dr. Marcio Scartozzoni - CRM/SP: 133221

Verifique a autenticidade desta receita via plataforma VIDAS. [Espaco reservado para o QR Code da VIDAS]