

# RECEITUÁRIO SIMPLES

**VIA DIGITAL**  
VALIDAR EM:  
<https://assinaturadigital.it.gov.br>

PACIENTE:

PRESCRIÇÃO:

NOME DO(A) MÉDICO(A):  CRM:  UF:

LOCAL DE ATENDIMENTO:  CNES:

ENDEREÇO:  BAIRRO:

CIDADE:  UF:  TELEFONE:

DATA DE EMISSÃO:

ASSINATURA MÉDICO(A)