



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

**RECEITUÁRIO OFTALMOLÓGICO**

Nome: \_\_\_\_\_

90  
|  
\_\_\_\_\_  
OD 0

90  
|  
\_\_\_\_\_  
OE 0

	ESFÉRICA	CILINDRO	EIXO	VIDROS
_____				
_____				
_____				

DP - mms

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DP - mms

Observações:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico