

Receituário

CNPJ: 46.552.148/0016-04
ANM - WDSP. MUNIC. DR. CARMINO CARICCHIO
AV. CELSO GARCIA, 4815 - TATUAPÉ
CEP: 03063-000 - SÃO PAULO - SP
FONE: 5178-1500

(identificação unidade de saúde)

Nome/nome social: Mônica Barros Feneiro

Idade: _____

Endereço: _____

Atestado Médico

Paciente com osteoartrite grave de
joelho, deformidade em varo, marcha
claudicante, rx e Rm do joelho Direito
com osteoartrite grave. Aguardando cirurgia
para prótese total de joelho (D).
Solicito como com adaptação especial.

São Paulo, 08/05/20

Assinatura e Carimbo do Prescritor

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (PREENCHIDA PELA FARMÁCIA)

Nome/nome social: _____

Endereço: _____

RG: _____

Tel: _____


Dr. Carlos R. Miranda
Ortopedia/Traumatologia
CRM/SP 141862 TEOT 11828

RDC nº 20/2011 - a receita deve ser prescrita de forma legível,
sem rasuras, EM 2 (DUAS) VIAS PARA ANTIMICROBIANOS.