XAXIM GOVERNO MUNICIPAL | SECRETARIA DA SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:_____

Data:_____/_____/_____

_____
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

Obs.:

1- Tome seu medicamento de acordo com a prescrição médica.
2- Se houver alguma reação ao medicamento ou se o mesmo não fizer o efeito desejado, a Farmácia distribuidora deverá ser comunicada dos efeitos.
3- Qualquer dúvida entre em contato com seu médico.