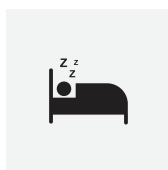


RECOMENDAÇÕES MÉDICAS PARA O PACIENTE

Nome do paciente: _____

Data: ____/____/____

TOME O REMÉDIO RECEITADO DA SEGUINTE MANEIRA				
REMÉDIO	HORÁRIO			
				
	MANHÃ	TARDE	NOITE	AO DEITAR
OBS. Ao retornar a consulta, favor trazer este documento.				

Al.Alphaville Leste, s/n - Tancredo Neves - Manaus/AM - CEP: 69087-580
Telefone: (92) 98802-5710;_____
Assinatura do Farmacêutico
Declaro não alterar a receita