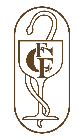
**MODELO – Receita (com exemplo de preenchimento)**



Nome do estabelecimento ou serviço de saúde

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro meio de contato, CNPJ



**Paciente:** XXXXXXX

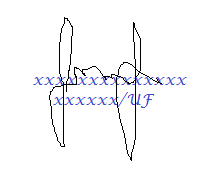
**Contato:** Rua das Flores, 22, Brasília/DF, (61) 2106-0000

1. Dornein 10 mg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1 caixa

Tomar 1(um) comprimido , via oral, pela manhã, com água, por até 3 dias, se houver dor.

1. Colocar bolsa de água gelada, durante 30 minutos, duas vezes ao dia, por 2 (dois ) dias, conforme orientado.
2. Procurar o ginecologista e entregar o encaminhamento.

Brasília, 20 de janeiro de 2015.

****