

Consulta de Renovação de Receituário Crónico e de MCDT sem presença do Cliente

Centro Clínico	
Data (dd/mm/aaaa)	

Nº Beneficiário/Utente	NIF Utente (externo)	Nome do Beneficiário/Utente

Medicamento	Dosagem	Embalagem (nº comprimidos/similar)	Nº Embalagens

Designação MCDT (Exame/Análises)	Zona Anatómica

Data (dd/mm/aaaa)	Assinatura do Beneficiário/Utente

Data (dd/mm/aaaa)	Assinatura do Rececionista