GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

MODELO DE CARIMBO PARA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA A

Tipo de carimbo: Automático

Dimensão máxima: 7,5 cm x 2,0 cm

Prescritor (Pessoa Física)	**Instituição (Pessoa Jurídica)**
Nome completo Nº do Conselho Regional Endereço completo (Rua, Número, Complemento, Bairro, CEP, Cidade e Estado) Telefone	Razão Social CNPJ Endereço completo (Rua, Número, Complemento, Bairro, CEP, Cidade e Estado) Telefone