

HOSPITAL ANTÔNIO BEZERRA DE FARIA

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: _____

Atendimento: _____

Data de Nascimento: _____

DATA: ____/____/____

Médico – Carimbo – CRM

HABF – Atendimento de Urgência e Emergência
PROCURE OS POSTOS DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL

(Plano de Contingência)

F.HABF.008