



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

PAM

Nome: Cláudia de Amaral Rodrigues
CNS: _____

Endereço: _____

Paciente c/ lesão hiperqueratoseca
pés e mãos c/ pustulas, em
tratamento c/ ~~med~~ com bom
resposta mas sem melhora
total, apresento dor
articular, solicito posta-
mente de suas atividades
por tempo indeterminado.

Dra. Andrielly Cé Soares
Médica
CRM-MS 9468

cod 230

Assinatura do Profissional
(CARIMBO CONTENDO O NOME COMPLETO E REGISTRO NO CONSELHO)

27/09/23