

Receituário

() Controle Especial (se aplicável)

Duas vias se antimicrobiano e/ou medicamentos
sujeitos a controle especial.

nº SINAN/eSUS notifica:

(se aplicável)

(identificação do estabelecimento de saúde)

Código de barras - Cartão SUS)

Nome/nome social: _____

Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: () Masculino () Feminino () Intersexo () Não Informado

Endereço: _____
(se aplicável)

CPF ou nº passaporte (se estrangeiro): _____
(se aplicável)

São Paulo, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Prescritor

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL (PREENCHIDO PELA FARMÁCIA)

Nome/Nome Social: _____

CPF ou nº passaporte (se estrangeiro): _____

Endereço: _____ Tel.: _____

() conforme Protocolo de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde PMSP/SP 2025.

Consulte aqui a disponibilidade e aonde retirar o(s)
medicamento(s) nas farmácias públicas municipais.



Receituário

() Controle Especial (se aplicável)

Duas vias se antimicrobiano e/ou medicamentos
sujeitos a controle especial.

nº SINAN/eSUS notifica:

(se aplicável)

(identificação do estabelecimento de saúde)

Código de barras - Cartão SUS)

Nome/nome social: _____

Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: () Masculino () Feminino () Intersexo () Não Informado

Endereço: _____
(se aplicável)

CPF ou nº passaporte (se estrangeiro): _____
(se aplicável)

São Paulo, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Prescritor

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL (PREENCHIDO PELA FARMÁCIA)

Nome/Nome Social: _____

CPF ou nº passaporte (se estrangeiro): _____

Endereço: _____ Tel.: _____

() conforme Protocolo de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde PMSP/SP 2025.

Consulte aqui a disponibilidade e aonde retirar o(s)
medicamento(s) nas farmácias públicas municipais.

