

Endereço:

Prefeitura da Cidade de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde



Receituário	
Duas vias se antimicrobiano e/ou medicamentos sujeitos a controle especial.	
nº SINAN/eSUS notifica:	
(quando necessário)	(identificação do estabelecimento de saúde)
Nome:	Data Nasc.://
Nome Social:	Sexo:() F () M () Ignorado

São Paulo, / /		
	Assinatura e Carimbo do Prescritor	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL (PREENCHIDO PELA FARMÁCIA)		
Nome (Nome Social):	RG ou CPF:	
Endereço:	Tel.:	

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













Prefeitura da Cidade de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde



Receituário

Duas vias se antimicrobiano e/ou
medicamentos sujeitos a controle especial.
nº SINAN/eSUS notifica:
(quando necessário)
(decrise necessario)

Nome:	Data Nasc.://
Nome Social:	Sexo: () F () M () Ignorado
Endereço:	

São Paulo,/	Assinatura e Carimbo do Prescritor	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL (PREENCHIDO PELA FARMÁCIA)		
Nome (Nome Social):	RG ou CPF:	
-ndereco:	Tol·	

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











