



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE
Rua Padre Marchetti, 557, Ipiranga - Fone: 2591-3011

RECEITUÁRIO 1ª e 2ª via

NOME: Alma da Rocha Souza IDADE: _____
END: _____ SEXO: F () M ()

Retabou / INSS

*Paciente com Ad 10: K31.2,
uso de medicação: Risperidona 4 comprimidos
Biperiden 4 comprimidos Valproato de
Sódio 1000 comprimidos Clonazepam
50 comprimidos em atendimento no CAP
Sulista III Sapopemba data: 2010*

PMSP CAPS. ADULTO III SAPOPEMBA
Rua: João Lopes de Lima, 1151
Jd. Sapopemba - Tel.: 2019-7080

[Assinatura]
Airton Cimmino Marini
Psiquiatra
CRM 76687

São Paulo 10/10/23

Assinatura e carimbo do prescritor

JUSTIFICATIVA-CID (Prescritor, preencha este campo se a quantidade prescrita for superior àquela determinada pela Portaria ANVISA nº 344/98)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (preenchido pela Farmácia)

Nome:

Endereço:

RG:

Tel: