

## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



IDADE:



## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



IDADF:

RECEITUÁRIO 1ª e 2ª Via

NOME:

**UBS Jardim Vera Cruz** Unidade Saramenha, 60 - Perdizes Tel: 3673.8552 - CNES: 2787938

RECEITUÁRIO 1ª e 2ª Via

NOMF:

**UBS Jardim Vera Cruz** Unidade Saramenha, 60 - Perdizes

Tel: 3673.8552 - CNES: 2787938

ENDEREÇO:		SEXO: F ( ) M ( )	ENDEREÇO:		SEXO: F ( ) M ( )
5° D	,		5° 2 .	,	
Sao Paulo/	/ Assinato	ura e Carimbo do Prescitor	Sao Paulo/		Assinatura e Carimbo do Prescitor
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Preenchido pela Farmácia)			ID <mark>ENTIF</mark> ICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Preenchido pela Farmácia)		
Nome:			Nome:		
Endereço:			Endereço:		
RG:	Tel:		RG:		Tel: