



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

1ª e 2ª Via

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

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ SEXO: F () M ()

São Paulo ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Prescritor

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Preenchido pela Farmácia)

Nome: _____

Endereço: _____

RG: _____ Tel: _____



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

1ª e 2ª Via

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

NOME: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ SEXO: F () M ()

São Paulo ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Prescritor

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Preenchido pela Farmácia)

Nome: _____

Endereço: _____

RG: _____ Tel: _____