

## 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

Endereço: \_\_\_\_\_

## 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

Endereço: \_\_\_\_\_

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.



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.

