

Endereco:

# 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: (identificação do estabelecimento de saúde) (quando necessário) Nome: \_\_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_/\_\_/\_\_ Nome Social: \_\_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M ( ) Ignorado

WARMAN COLORS AND	Assinatura e Carimbo do Prescritor				
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	O OU RESPONSÁVEL (PREENCHIDO PELA FARMÁCIA)				
Nome (Nome Social):	RG ou CPF:				
Endereço:	Tel.:				

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













#### Prefeitura da Cidade de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde



#### Pocoituário

Keceitaaiia	
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	(	) Ignorad
Endereço:		78	37	- 20	- 550	- T

São Paulo, / /	
	Assinatura e Carimbo do Prescritor

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL (PREENCHIDO PELA FARMÁCIA) Nome (Nome Social): \_\_\_\_\_\_ RG ou CPF: \_\_\_ Endereço:

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











