

Receituário

() Controle Especial
(se aplicável)

Duas vias se antimicrobiano e/ou medicamentos sujeitos a controle especial.

nº SINAN/eSUS notifica: _____

(se aplicável)

(identificação do estabelecimento de saúde)

Nome/nome social: _____

Data Nasc.: ___/___/___ Sexo: () Masculino () Feminino () Intersexo () Não Informado

Endereço: _____

(se aplicável)

CPF ou nº passaporte (se estrangeiro): _____

(se aplicável)

Receituário

() Controle Especial
(se aplicável)

Duas vias se antimicrobiano e/ou medicamentos sujeitos a controle especial.

nº SINAN/eSUS notifica: _____

(se aplicável)

(identificação do estabelecimento de saúde)

Nome/nome social: _____

Data Nasc.: ___/___/___ Sexo: () Masculino () Feminino () Intersexo () Não Informado

Endereço: _____

(se aplicável)

CPF ou nº passaporte (se estrangeiro): _____

(se aplicável)

São Paulo, ___/___/___

Assinatura e Carimbo do Prescritor

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL (PREENCHIDO PELA FARMÁCIA)

Nome/Nome Social: _____

CPF ou nº passaporte (se estrangeiro): _____

Endereço: _____ Tel.: _____

() conforme Protocolo de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde PMSP/SP 2025.

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: _____

CPF ou nº passaporte (se estrangeiro): _____

Endereço: _____ Tel.: _____

() conforme Protocolo de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde PMSP/SP 2025.

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

