

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.

