



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Unidade: _____

RECEITUÁRIO - 1ª e 2ª Via

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.: _____